# Kommunikation in der Pädiatrie – Grundlagen der Patienten-zentrierten Kommunikation

Wolf Langewitz
Psychosomatik/Innere Medizin
Universitätsspital Basel

# EACH

EUROPEAN ASSOCIATION FOR COMMUNICATION IN HEALTHCARE

# Ein ganz entscheidender Punkt!

- Ob ich so kommuniziert habe, dass sich der Patient wahrgenommen fühlt, kann letztlich nur der Patient selber beantworten.
- Was Experten in einem konkreten Gespräch für gut und schlecht halten, hat mit der Wahrneh-mung der Patienten und Angehörigen oft wenig zu tun!
- Aber: Patienten sind schlecht im Feedback geben; Rückmeldungen sind oft geprägt von den Wünschen an einen Guten Arzt. Die Realität wird ausgeblendet (Burkitt Wright BMJ 2004)

# Elemente eines Patienten-zentrierten Gespräches

- Dem Patienten und den Angehörigen dabei behilflich sein, ihre Anliegen *in allen Aspekten* und *in ihren eigenen Worten* formulieren zu können
- Vermitteln klarer Informationen, damit Patienten und Angehörige wissen, worum es geht
- Absprachen treffen, wer welche Aufgaben über-nimmt
- Positive Grundstimmung schaffen (Engagement, Neugierde, menschliche Wärme)

# Typisches Missverständnis I

- Patienten-zentrierte Versorgung heisst, *alle* Informationen mitteilen
  - Fachpersonen werden über eine Erkrankung und ihre Behandlung immer mehr wissen als die Patienten und Angehörigen
  - Sie treffen immer eine Auswahl dessen, was sie jetzt für wichtig und mitteilenswert halten
  - Fachliches Wissen ist der Grund, warum Patienten uns aufsuchen

# Statt vollständiger Information angemessene Information

- Patienten-zentrierte Versorgung heisst vielmehr, die Menge an Information zu begrenzen
  - soviel Information mitteilen, wie Patienten und Angehörige im Moment aufnehmen können
  - Die Information auswählen, die sie haben müssen, um keinen Schaden zu nehmen.
- Eine Umkehr des Such-Algorithmus: vom nützlichen Wissen zum gefährlichen Nicht-Wissen.

# Typisches Missverständnis II

- Patienten-zentrierte Versorgung heisst Patienten und Angehörige an allen Entscheidungen zu beteiligen
  - Kann zu einer Überforderung führen, wenn es z.B. um prozedurale Entscheidungen geht, für die es keine guten Alternative gibt.
  - Kann zu einer Überforderung führen, wenn komplexe Entscheidungen unter Zeitdruck gefällt werden müssen
    - Tun wir wirklich immer alles, um zur Zeit Procedere festzulegen?
- Patienten-zentrierte Versorgung heisst, zumindest auf diejenigen Entscheidungen hinweisen, bei denen es mehrere gleichwertige Alternativen gibt.

# Woran würden wir merken, dass ein Gespräch eher Patienten-zentriert ist?

- Daran, dass die Patienten/Angehörigen nicht *immer nur* auf Fragen antworten, sondern in manchen Abschnitten in eigenen Worten sagen dürfen, worum es geht
- Am Vorkommen von **Narrativen** zusätzlich zu den **Interrogativen**

# Interrogare versus narrare

- Beim Erzählen kommen andersartige Informationen zur Sprache als bei der Beantwortung von Fragen aus einem professionell –begrifflichen Fragenkatalog
- Der Bericht des Patienten über eine *Krankheits*geschichte wird zu einer Erzählung seiner *Kranken*geschichte

Koerfer & Köhle, In: Angelika Redder (Hrsg.) Diskurse und Texte, Stauffenbergverlag, 2007pp 628-639

# Engel, 1997

Interrogation generates defensiveness, narration encourages intimacy“

Engel G: *Psychother. Psychosom.*, 1997;66: 57–62

# Was ist Narrative Kompetenz?

Narrative Kompetenz wird definiert als das Zusammentreffen folgender Fertigkeiten: Narrative beim Lesen oder Hören also solche Erkennen, in sich Aufnehmen, Interpretieren und sich von ihnen berühren Lassen.

Charon R; NEJM 2004; 350;9:862.864

# Kinder-Medizin= Narrativ-Medizin
# Erwachsenen-Medizin= Interrogativ-Medizin

- Was qualifiziert Fachleute, die ‘gut mit Kindern können’?
  - Bei denen plappern die Kinder und lachen
  - Sie ermuntern sie zum Weiterreden
- Sie schmiegen sich ein in die kindliche Erzählweise, ohne ihre Erwachsenen-Sprache aufzugeben?
- ABER: sie schaffen den Wechsel vom netten Onkel zum Arzt, der den Bauch abtastet!

*J. Child Lang.* **26** (1999), 49–67. Printed in the United Kingdom
© 1999 Cambridge University Press

# Encouraging narratives in preschoolers: an intervention study*

CAROLE PETERSON, BEULAH JESSO

# Peterson et al; J Child Lang, 1999: Was Mütter aus ökonomisch schwierigen Verhältnissen beherzigen sollten, die mit ihren Kindergarten-Kindern reden

- Rede mit deinem Kind häufig und regelmässig über seine Erlebnisse
- Nimm’ dir viel Zeit, um über jedes einzelne Erlebnis zu sprechen
- Stell’ viele W-Fragen (wann, wer, wo) und keine Ja/Nein Fragen. Dazu gehören Fragen nach Kontext-Informationen
  - Wer war noch dabei, wo war das denn (in der Küche?)

# Peterson et al; J Child Lang, 1999: Was Mütter aus ökonomisch schwierigen Verhältnissen beherzigen sollen, die mit ihren Kindergarten-Kindern reden

- Hör’ sorgfältig zu und ermutige das Kind, noch ein bisschen mehr zu erzählen
- Hilf’ deinem Kind, mehr als nur einen Satz zu sagen, indem du nickst, HmHm benutzt, Wiederholen einsetzt
- Lass’ dich vom Kind führen. Versuch’ nicht, den Erzählstrang umzubiegen.

# Peterson et al; J Child Lang, 1999: Was Mütter aus ökonomisch schwierigen Verhältnissen beherzigen sollen, die mit ihren Kindergarten-Kindern reden

- Mütter hören Tonbänder von anderen Mütter, die mit ihren Kindern sprechen und ‘facilitators’ benutzen (HmHm, Wiederholen, etc.)
- Sie üben im Rollenspiel miteinander, wie man wiederholt, ohne gleich weiter zu fragen!
- Jeden Monat ein Besuch vom Team und Telefon-Kontakte, um sie zu ermutigen!

# Mütter helfen den Kindern, Geschichten zu erzählen  Und was das bewirkt:

- In der Interventionsgruppe (1 Jahr Follow-Up):
- Anzahl und Länge von Geschichten (Narrativen) auf typische Einleitungen, z.B.:
  - “Neulich bin ich auf eine Biene getreten und die hat mich gestochen. Hat dich auch mal eine Biene gestochen?”
  - Anzahl von Sätzen pro Geschichte:
    - Interventionsgruppe: 7.7 (2.0) auf 14.7 (9.1)
    - Kontrollgruppe: 6.9 (1.9) auf 10.5 (4.2)
- Reichtum der zusätzlichen Information (Wann, wer war dabei, wo), etc.

# Pediatric Residents' Responses That Discourage Discussion of Psychosocial Problems in Primary Care

Lawrence S. Wissow, MD, MPH*; Susan Larson, MA*; Jada Anderson, MD‡; and Elizabeth Hadjiisky, MD†§

*Pediatrics* 2005;115;1569-1578

# Wissow et al.; Ausgangspunkt

- 80% der Eltern von 4-8 Jahre alten Kindern hätten eigentlich ein ‘psychosoziales Problem (Verhalten des Kindes, eigene Schwierigkeiten), die sie eigentlich gerne mit dem Pädiater diskutieren würden (Horwitz et al. 1998)
- Nur die Hälfte setzt diese Absicht in die Tat um.
- Was fehlt: eine einladende Geste des Pädiaters!
- Erwachsene Patienten führen psychosoziale Probleme häufig indirekt ein – ist das bei Eltern auch so, und was passiert ihnen dann?

# Beispiele für Ignorieren auf Deutsch

- Doktor: Und mit Ihnen ist alles prima?
- Parent: Mm.
- Doctor: Toll, schön zu hören.

- Doktor: Und, macht’s Spass mit ihm?
- Parent: Der ist eine ordentliche Portion!
- Doctor: Was ist das denn?
- Parent: Eine ordentliche Portion.
- Doctor: Yeah, das ist er wirklich!

- Doktor: Und wie kommt Ihr jetzt damit klar [jetzt, wo das Baby da ist]?
- Mother: Gut
- Doktor: Und kriegen Sie Hilfe von Papa?
- Mother: [pause] Naja.

# Welche Antworttypen nehmen der Mutter den Mut?

- Am häufigsten wird der Hinweis auf ein Problem ignoriert: 32 von 89 Gesprächs-Segmenten mit Hinweisen auf Probleme
- (Vorschnelle) Machtlosigkeit/Hilflosigkeit äus-sern: 28%
- Omnipotenz-Verhalten/Super-DOC: 21%
- Schlichtes Verbiegen der Realität: 15%
  - Baby-Mama klagt über die eigene Mutter; Arzt betont (ohne es zu wissen!): “Aber sie macht sich wirklich grosse Sorgen um Sie!”

# Das passt zu allen Daten aus der Erwachsenen-Medizin

- Prinzipiell finden sich in der professionellen Kommunikation in der Pädiatrie die gleichen Klippen wie in der Erwachsenen-Medizin
  - Probleme im Zulassen von Patienten-Narrativen
  - Zu viel Information in zu kurzer Zeit (für Angehörige)
- Auch die Interventionen gleichen sich
  - Patienten-zentrierte Kommunikation mit Eltern
  - Aber: spezielle Betonung auf ‘Kinder-Narrativen’
  - Wahrscheinlich: Üben kommt vor Reflektieren.

# Einfache Ziele, die schwierig zu erreichen sind

- Leitplanken formulieren, an die sich alle halten müssen (Zeit & Thema)
- Innerhalb der Leitplanken Freiräume schaffen, innerhalb derer sich Patienten & Angehörige frei bewegen
- So kommunizieren, dass sich Angehörige eingeladen fühlen, ihre Version der Geschichte zu erzählen.

# Gespräche zu Dritt: Triangulierung

- Wenn Eltern (A) ihren Kindern (B) zuhören, regeln sie das Rederecht im Blickkontakt
- Die Ärztin (C) ist nicht Teil der Dyade, muss ‚von aussen' entscheiden, wann sie redet oder wartet
- Konsequenz: explizites Klären des Procedere

  „Ich würde gerne erst einmal mit Marianne besprechen, was sie erzählen kann. Dann würde ich gerne mit Ihnen .. Darum bitte ich Sie, *jetzt* erst einmal zuzuhören und noch nichts zu kommentieren."

# Sprechen für sich oder für andere

- Die spezielle Dynamik im Gespräch mit Eltern:
- Wir sind alle deutlich fordernder, wenn wir etwas für andere als für uns selber fordern.
  - Die Bärenmutter mit Kindern ist gefährlicher als der Ober-Grizzly
- Ein häufiges Problem ist daher:
- Umgehen mit ärgerlichen und fordernden Eltern
- Umgehen mit Misstrauen
  - Sind wir fachlich kompetent?
  - Sind wir liebevoll genug mit dem Kind?
  - Sind wir immer ehrlich gegenüber den Eltern?

# Quick and Dirty Vorschläge

- Dreieck aufheben; ohne das Kind weiter sprechen
- Ärger, Enttäuschung, Misstrauen benennen
  - “Ich habe den Eindruck, Sie sind enttäuscht ?”
- Eigenen Standpunkt klar machen
  - “Ich würde Ihnen gerne erklären, wie wir die Situation von Marianne sehen.”
- Differenzen auf den Tisch legen UND WARTEN
  - “Ganz offenkundig sind wir in diesem Punkt nicht der gleichen Meinung.”
  - Das Warten übergibt die Verantwortung für das weitere Vorgehen an die Eltern!

# Wenn Sie’s interessiert:

Mehr Texte unter:

www.psychosomatik-basel.ch

Die Präsentation gibt’s bei einem mail an

wlangewitz@uhbs.ch