

Gute Gesprächsqualität in der Krankenversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention

Dr. Mag. Marlene Sator (Gesundheit Österreich GmbH, ÖPGK, EACH)

26. Mai 2020, virtueller Austauschworkshop der Wiener Allianz für
Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen

Agenda

1. Gute Gesprächsqualität:
Nutzen, Status quo, bundesweite Strategie
2. Aktuelle Herausforderungen
3. Was heißt gute Gesprächsqualität?
4. Ein evidenzbasiertes Modell für gute Gesprächsführung
5. Skills für herausfordernde Gespräche in Zeiten von Corona
6. MitarbeiterInnen für gute Gesprächsführung stärken

Gute Gesprächsqualität hat einen hohen Nutzen

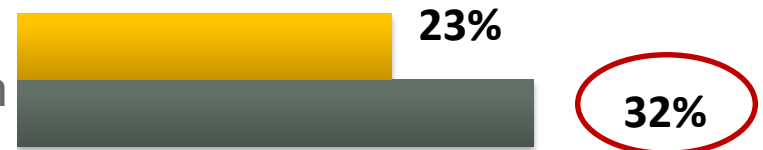
1. Verbesserter **Gesundheitszustand**
(z.B. Brown et al. 2001; Loh et al. 2007; Benner et al. 2008; Rakel et al. 2011; Del Canale et al. 2012)
2. Verbesserter **Gesundheitsverhalten**
(z.B. Stewart et al. 2000; Loh et al. 2007; Thompson/McCabe 2012)
3. Höhere **Patientenzufriedenheit**
(z.B. Zandbelt et al. 2007; Lelorain et al. 2012; Street Jr et al. 2012)
4. Erhöhte **Patientensicherheit**
(z.B. Gandhi 2005; Chen et al. 2008)
5. Weniger **Patientenbeschwerden und Schadensprozesse**
(Tamblyn et al. 2007)
6. Verbesserte **Gesundheit und Zufriedenheit der Gesundheitsfachkräfte**
(z.B. Ramirez et al. 1996; Graham et al. 2002; Travado et al. 2005)
7. **Ökonomische Effekte**
(Felder-Puig et al. 2006; Thorne et al. 2005; SQW 2019)

Status quo Gesprächsqualität in Österreich: Ergebnisse der HLS-EU-Studie

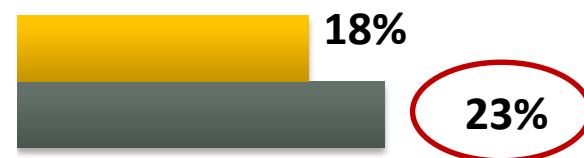
Wie einfach ist es ...

Anteil der Personen,
die Schwierigkeiten haben ...

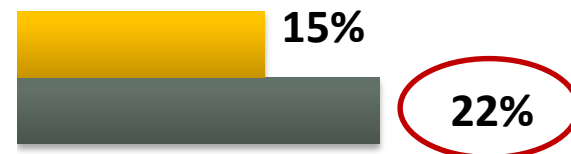
... mit Hilfe der Information, die Ihnen
Ihr Arzt gibt, **Entscheidungen** bezüglich
Ihrer Krankheit zu **treffen**?



... zu beurteilen, inwieweit **Informationen**
Ihres Arztes auf Sie **zutreffen**?



... zu **verstehen, was Ihr Arzt sagt**?



■ Gesamtdurchschnitt
8 europäische Länder ■ Österreich

Nationaler Auftrag zur Verbesserung der Gesprächsqualität

2014

- Maßnahme 1.3.8 des R-GZ 3, WZ 1



2014/
2015

- Grundlagenarbeiten im Auftrag des BMG & HVB

2015

- AG der FG Public Health zur Entwicklung einer Strategie der Zielsteuerung Gesundheit



2016

- Beschluss der Strategie durch Bundes-Zielsteuerungskommission 2016

2017

- Einrichtung eines Programmschwerpunktes in der ÖPGK
- Start von Umsetzungsprojekten gemeinsam mit Stakeholdern im Auftrag BMSGPK, BGA, DVSU

Erfahrungsaustausch in Murmelgruppen



Welche **Herausforderungen** erleben Sie in Ihren Einrichtungen in Gesprächen zwischen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Betroffenen?
– aktuell und allgemein?

Bitte tauschen Sie sich dazu in der Kleingruppe aus und bringen Sie die wichtigsten Punkte ins Plenum mit! (5 min.)

Was heißt gute Gesprächsqualität?

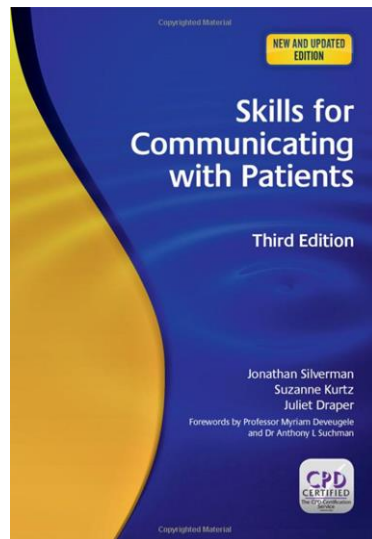
Patientenzentrierte / Beziehungszentrierte Gesprächsführung

...umfasst folgende zentrale Elemente:

- » *biopsychosoziale Perspektive*
- » *partnerschaftliches Rollenverständnis zwischen Gesundheitsprofis und Betroffenen:
Treffen „auf Augenhöhe“ zweier /mehrerer Personen*
- » *Beziehung zwischen Gesundheitsprofis und Betroffenen als
professionelle Allianz: geteilte Macht und Verantwortung*
- » *Berücksichtigen der persönlichen Anliegen, des
Informationsbedarfs und der Präferenzen der Betroffenen &
der fachlichen Perspektive*
- » *Berücksichtigen von Diversität und kulturelle Kompetenzen*

Evidenzbasiertes Kommunikationsmodell für beziehungsorientierte Gesprächsführung

Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. ed; London: Radcliffe; 2013.



Ein Modell, das realitätsnah abbildet, wie Gesundheitsprofis Gespräche mit Betroffenen & Angehörigen beziehungsorientiert führen.

- Inhalte
- Struktur & Schlüsselfertigkeiten

Beziehungszentrierte Gesprächsführung – Die Inhalte: das „WAS“

Fachperspektive

z.B.

bio-medizinische Perspektive
(Symptome, Untersuchungen,
Differentialdiagnose,...),

SV-Perspektive,

Pflegerische Perspektive,...

Betroffenenperspektive

Vorstellungen,

Erwartungen,

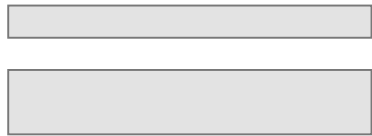
Sorgen,

Ängste...

**Berücksichtigen und
Verbinden der beiden
Perspektiven**

**Gemeinsames Verständnis
herstellen**

Beziehungszentrierte Gesprächsführung – Struktur & Schlüsselfertigkeiten: das „WIE“



Strukturierung des Gesprächs

- Orientieren über den Gesprächsverlauf
- Aufmerksamkeit auf den Ablauf des Gesprächs

Beginn des Gesprächs

- Vorbereitung
- Herstellen einer Beziehung zum Betroffenen
- Identifizieren der Gründe für das Gespräch

Sammeln von Informationen

- Fachperspektive
- Betroffenenperspektive
- Hintergrundinformationen – Kontext

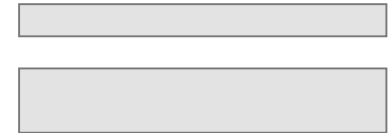
Untersuchung/Pflege-/Verwaltungstätigkeit

Teilen von Informationen, Erklären und Planen

- Übermittlung der korrekten Menge und Art von Informationen
- Erleichtern von Erinnern und Verständnis
- Herstellung eines gemeinsamen Verständnisses: Einbeziehung der Betroffenenperspektive
- Planung: Gemeinsame Entscheidungsfindung

Beendigung des Gesprächs

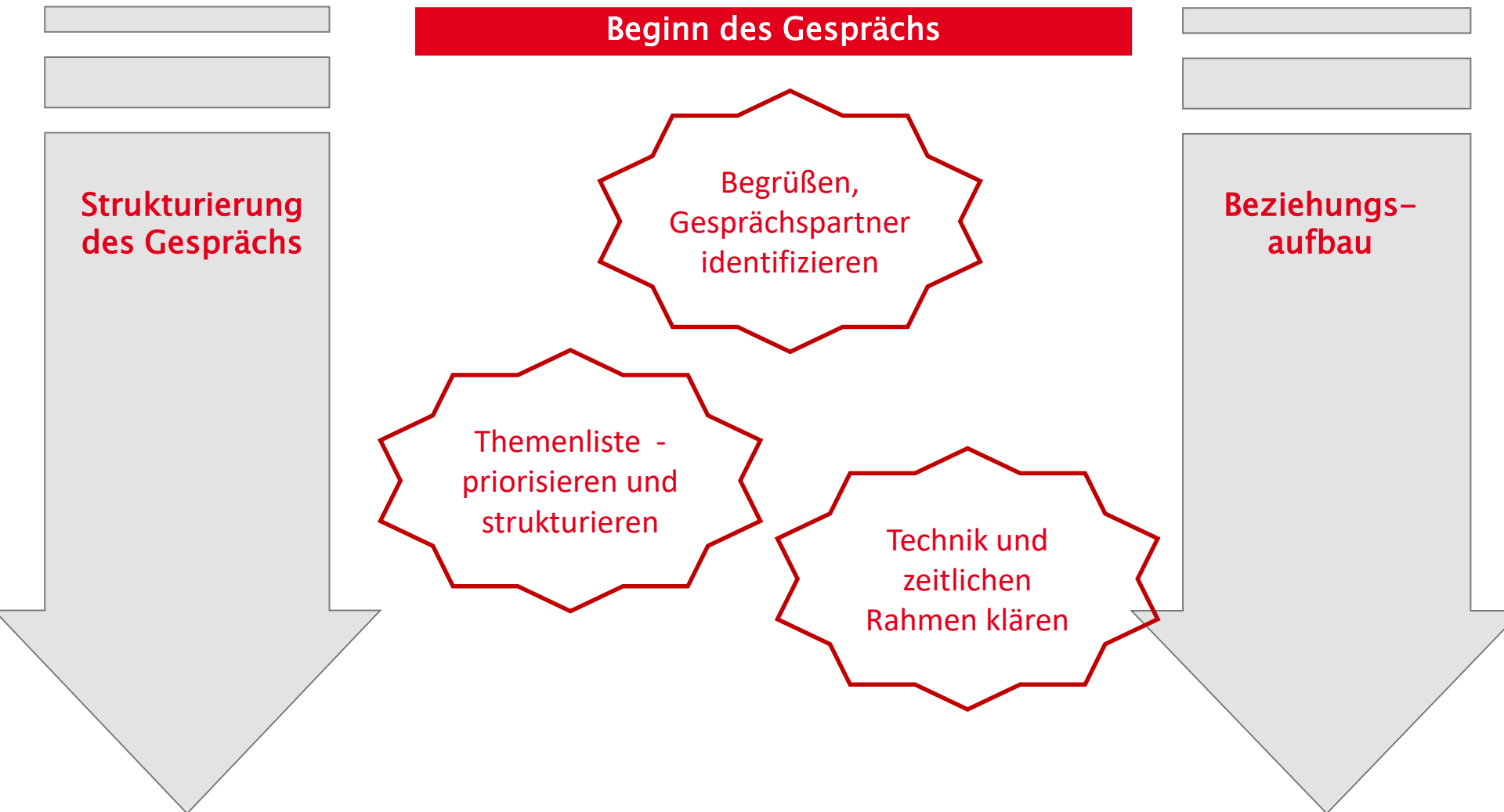
- Planung der weiteren Vorgehensweise
- Sicherstellen eines angemessenen Gesprächsendes



Beziehungsaufbau

- Verwendung von angemessenem nonverbalen Verhalten
- Entwicklung einer Beziehung zum Betroffenen
- Beteiligung des Betroffenen

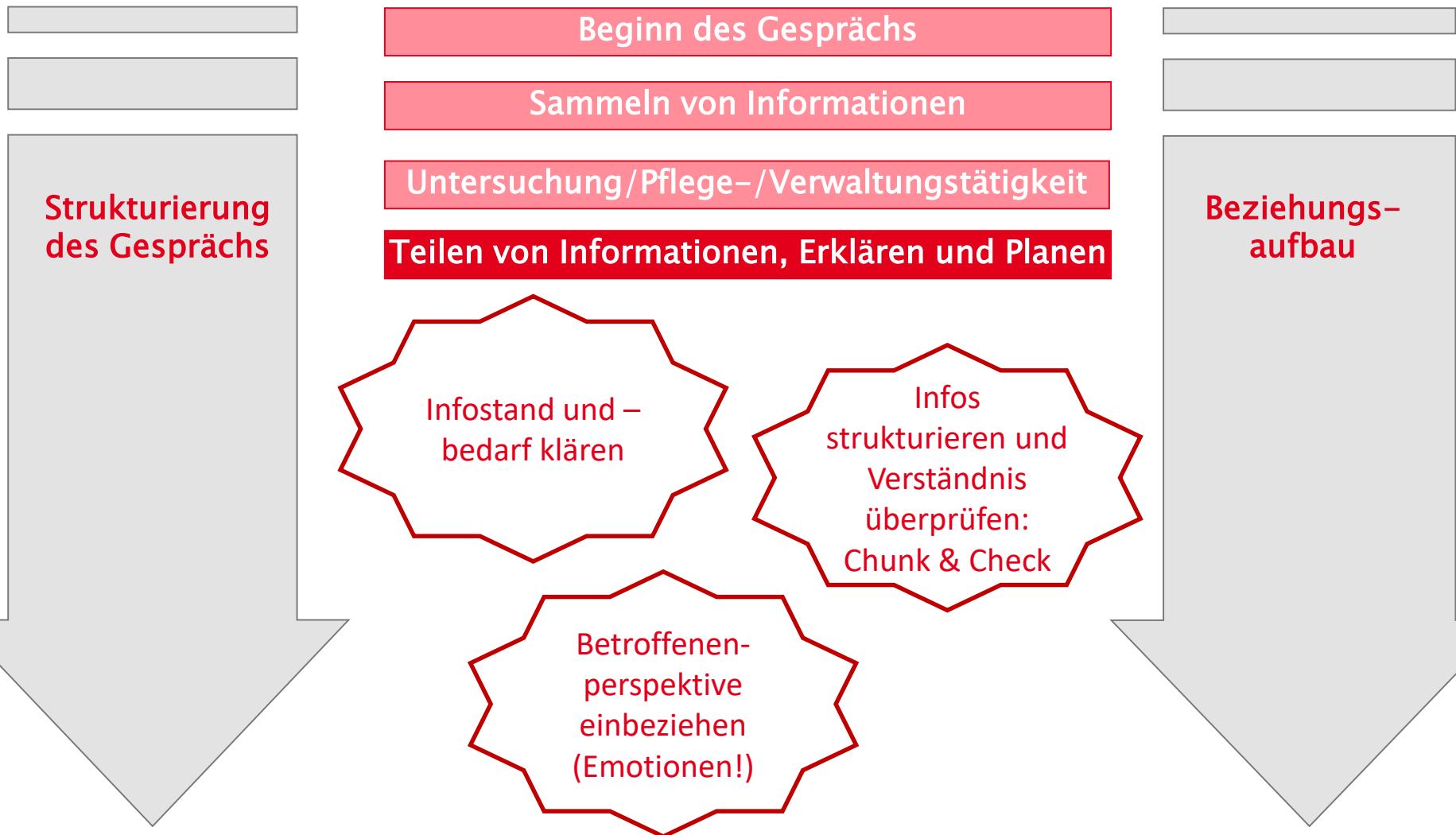
Herausfordernde Gespräche in Zeiten von Corona – Skills noch sorgfältiger anwenden! (1)



Herausfordernde Gespräche in Zeiten von Corona – Skills noch sorgfältiger anwenden! (2)



Herausfordernde Gespräche in Zeiten von Corona – Skills noch sorgfältiger anwenden! (3)



Beziehungszentrierte Gespräche dauern nicht länger

- » Wenn Ärztinnen/Ärzte beziehungsorientierte Gesprächstechniken erlernen, dauern Gespräche **in der Anfangszeit ggf. etwas länger.**
- » Sobald sie diese Techniken beherrschen, dauern die Gespräche **gleich lang, kürzer oder nur geringfügig länger** als Gespräche von Ärztinnen/Ärzten, die solche Techniken nicht anwenden. Gewinn sind **bessere Outcomes.**

- **Abdel-Tawab and Roter 2002:**
beziehungsorientierte Gespräche dauern nur um **1 Minute länger** als arztzentrierte, dabei **Erhöhung der Patientenzufriedenheit und Adhärenz um das Dreifache** im Vergleich zu arztzentrierten
- **Levinson et al 2000, Butow et al 2002:**
Eingehen auf (non-)verbale Hinweise und Signale von Pat. **reduziert die Gesprächsdauer um 10-12%.**

Erfahrungsaustausch in Murmelgruppen

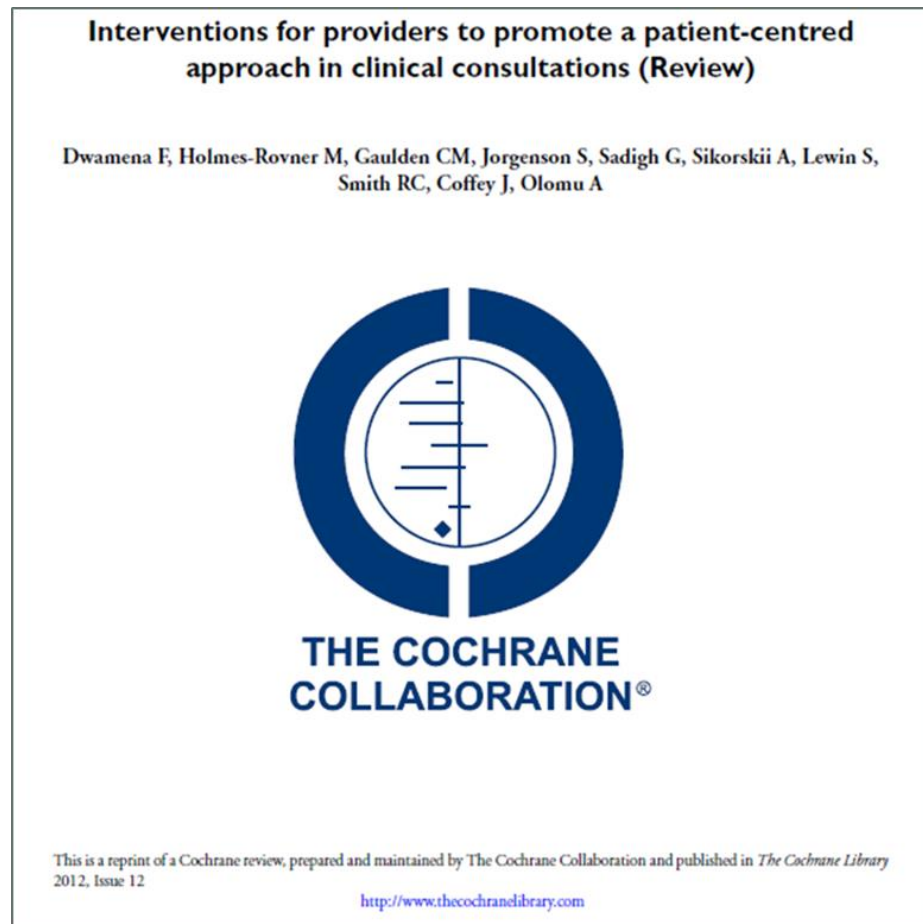


Wie sollten MitarbeiterInnen /Gesundheitsberufe für gute Gesprächsführung gestärkt werden?

Welche Unterstützungsangebote gibt es in Ihrer Einrichtung?

Bitte tauschen Sie sich dazu in der Kleingruppe aus und bringen Sie die wichtigsten Punkte ins Plenum mit! (5 min.)

Beziehungszentrierte Gesprächsführung ist lehr/–lernbar...



Beziehungszentrierte Gesprächsführung wird in der Ausbildung zunehmend gelehrt & geprüft

Communication Competencies **OPEN ACCESS** This is the original (English) version. The translated (German) version starts at p. 24. article

Desire and reality – teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe – a survey

Abstract

Objectives: Increasingly, communicative competencies are becoming a permanent feature of training and assessment in German-speaking medical schools (n=43; Germany, Austria, Switzerland – “D-A-CH”). In support of further curricular development of communicative competencies, the survey by the “Communicative and Social Competencies” (KusK) committee of the German Society for Medical Education (GMA) systematically appraises the scope of and form in which teaching and assessment take place.

Methods: The iterative online questionnaire, developed in cooperation with KusK, comprises 70 questions regarding instruction (n=14), assessment (n=48), local conditions (n=5), with three fields for further remarks. Per location, two to three individuals who were familiar with the respective institute’s curriculum were invited to take part in the survey.

Results: Thirty-nine medical schools (40 degree programmes) took part in the survey. Communicative competencies are taught in all of the programmes. Ten degree programmes have a longitudinal curriculum for communicative competencies; 25 programmes offer this in part. Sixteen of the 40 programmes use the Basler Consensus Statement for orientation. In over 80% of the degree programmes, communicative competencies are taught in the second and third year of studies. Almost all of the programmes work with simulated patients (n=38) and feedback (n=37). Exams are exclusively summative (n=11), exclusively formative (n=3), or both summative and formative (n=16) and usually take place in the fifth or sixth year of studies (n=22 and n=20). Apart from written examinations (n=15) and presentations (n=9), practical examinations are primarily administered (OSCE, n=31; WPA, n=8), usually with self-developed scales (OSCE, n=19). With regards to the examiners’ training and the manner of results-reporting to the students, there is a high variance.

Conclusions: Instruction in communicative competencies has been implemented at all 39 of the participating medical schools. For the most part, communicative competencies instruction in the D-A-CH region takes place in small groups and is tested using the OSCE. The challenges for further curricular development lie in the expansion of feedback, the critical evaluation of appropriate assessment strategies, and in the quality assurance of exams.

Keywords: medical studies, communicative competencies, instruction, assessment, longitudinal curriculum

Anja Härtl¹
 Catja Bochmann²
 Katharina Blum¹
 Stefan Höfer¹
 Tim Peters⁴
 Ingrid Preusche⁵
 Bianca Raski¹
 Stefan Rüttemann³
 Michaela Wagner-Menghin⁶
 Alexander Wünsch^{1,4,6}
 Claudia Kiessling¹
 GMA-Ausschuss
 Kommunikative und Soziale Kompetenzen

- 1 Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Auszubildendenforschung in der Medizin, München, Deutschland
- 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg, Deutschland
- 3 Medizin Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie, Innsbruck, Österreich
- 4 Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät, Zentrum für Medizinische Lehre, Bochum, Deutschland
- 5 Medizinische Universität Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung, Wien, Österreich
- 6 Universitätsklinikum Düsseldorf, Studienklinik, Düsseldorf, Deutschland

GTG GMA
 GMA Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2015, Vol. 32(5), ISSN 1460-0572 1/27

Patient Education and Counseling 300 (2017) 2054–2061

Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

Journal homepage: www.elsevier.com/locate/pateducou

Dis-integration of communication in healthcare education: Workplace learning challenges and opportunities

Marcy E. Rosenbaum

Office of Consultation and Research in Medical Education, and Department of Family Medicine, University of Iowa Carver College of Medicine, 1204 MBB, Iowa City, IA 52242, USA

ARTICLE INFO **ABSTRACT**

Article history:
 Received 6 January 2017
 Received in revised form 28 April 2017
 Accepted 30 May 2017

Keywords:
 Medical education
 Workplace learning
 Clinical communication
 Faculty development

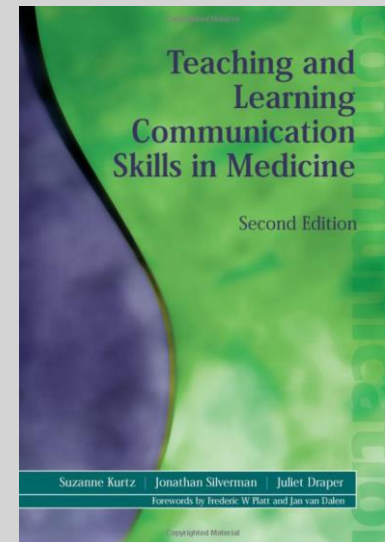
The purpose of this paper, based on a 2016 Heidelberg International Conference on Communication in Healthcare (ICCH) plenary presentation, is to examine a key problem in communication skills training for health professional learners. Studies have pointed to a decline in medical students’ communication skills and attitudes as they proceed through their education, particularly during their clinical workplace training experiences. This paper explores some of the key factors in this disintegration, drawing on selected literature and highlighting some curriculum efforts and research conducted at the University of Iowa Carver College of Medicine as a case study of these issues. Five key factors contributing to the disintegration of communication skills and attitudes are presented including: 1) lack of formal communication skills training during clinical clerkships; 2) informal workplace teaching failing to explicitly address learner clinical communication skills; 3) emphasizing content over process in relation to clinician-patient interactions; 4) the relationship between ideal communication models and the realities of clinical practice; and 5) clinical teachers’ lack of knowledge and skills to effectively teach about communication in the clinical workplace. Within this discussion, potential practical responses by individual clinical teachers and broader curricular and faculty development efforts to address each of these factors are presented.

© 2017 Elsevier B.V. All rights reserved.

...aber geht im klinischen Alltag zunehmend verloren

Evidenz- und erfahrungsbasierte Simulation herausfordernder Gesprächssituationen für Gesundheitsprofis

- » evidenzbasiertes Kommunikationsmodell:
Calgary Cambridge Guides
 - » kommunikative Fertigkeiten integriert mit Herausforderungen des klinischen Alltags
 - » umfassendes Strukturmodell:
Struktur – Aufgabenbereiche – Fertigkeiten
 - » verhaltensorientiert: Schlüsselfertigkeiten für den Gesprächsprozess
- » evidenz- und erfahrungsbasierte Didaktik:
 - » hohe Lerner-Zentrierung
 - » praktisches Üben mit SPs, Feedback, theoretische Modelle, wiederholtes Üben und Reflexion
 - » Aktivitäten zur Festigung, Auffrischung und Verstärkung des Gelernten und solche, die den Transfer in die Praxis unterstützen
- » auf die Zielgruppe zugeschnittenes longitudinales Trainingsdesign, das spiralförmiges Lernen ermöglicht



Angebote des ÖPGK-Trainernetzwerks

Impuls-Workshops: Der empfohlene Einstieg

- » Fokus auf 1 konkretes Thema
- » Übungen mit professionellen Schauspielpatienten/-innen
- » Ziel: Impulse und praktisch umsetzbare Anregungen für herausfordernde Patientengespräche
- » Dauer: 3 Std.

Kommunikationstraining für Gesundheitsberufe nach ÖPGK-tEACH-Standard: Das nachhaltige Training

- » Mehrere Themen zu herausfordernden Gesprächen
- » Simulationen mit professionellen Schauspielpatienten/-innen
- » Ziel: nachhaltiges Training kommunikativer Fertigkeiten
- » Dauer: 12 / 16 / 20 Std.

Trainerlehrgänge

Evaluationsergebnisse Trainings–Pilotierungen 2019

Sehr gute Evaluationsergebnisse

- » sehr hohe Zufriedenheit der TN
- » Selbsteingeschätzte Kompetenzen nach den Trainings signifikant höher insb. in den Bereichen effiziente Informationssammlung und verständliche Informationsvermittlung

Hohe Akzeptanz nach den Trainings

- » In 80% der Trainings ist eine Weiterführung geplant.

Qualitätsgesicherte Umsetzung:

- » Evidenzbasierte internationale Standards
- » ÖPGK–Trainernetzwerk: Kriterien für Mitgliedschaft und Re–Zertifizierung

ÖPGK-
Trainernetzwerk



Offene Fragen? Rückmeldungen?



Welche Fragen haben Sie?

Welche Rückmeldungen?

Was möchten Sie für Ihre Einrichtung mitnehmen?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

marlene.sator@goeg.at

oepgk@goeg.at

www.goeg.at

www.oepgk.at

www.each.eu