

Magdalena Jarosz

Oddział Radioterapii, Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Przekazywanie niepomyślnych informacji w praktyce klinicznej

Disclosure of unfavorable information in clinical practice

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Magdalena Jarosz
 ul. Starego Dębu 12/11, 31–354 Kraków
 e-mail: mzabek@wp.pl

STRESZCZENIE

Przekazywanie niepomyślnych informacji stanowi istotny aspekt pracy lekarza onkologa. Znajomość dedykowanych technik komunikacji przynosi korzyści dla lekarza i pacjenta. W pracy omówiono podstawowe etapy procesu przekazywania niepomyślnych informacji na podstawie protokołu SPIKES, z przedstawieniem praktycznych przykładów. Przekazywanie niepomyślnych informacji powinno stanowić podstawową umiejętność lekarza onkologa.

Słowa kluczowe: relacja lekarz–pacjent, ujawnianie prawdy, komunikacja interpersonalna, prawa pacjenta, aspekty etyczne

ABSTRACT

Disclosure of unfavorable information is an important aspect of the oncologist work. Knowledge of dedicated communication techniques is beneficial for the physician and the patient. The main steps in the process of unfavorable information disclosure, based on the SPIKES protocol, with practical examples, were described. Communicating the unfavorable news should be a basic skill of professional oncologist.

Key words: physician–patient relations, truth disclosure, personal communication, patient rights, ethical issues

Onkologia w Praktyce Klinicznej
 2013, tom 9, nr 6, 225–229
 Copyright © 2013 Via Medica
 ISSN 1734–3542
 www.opk.viamedica.pl

Onkol. Prak. Klin. 2013; 9, 6: 225–229

Wstęp

Praktyka codzienna lekarza onkologa wiąże się z koniecznością prowadzenia rozmów z pacjentem i jego rodziną na temat diagnozy choroby nowotworowej i niekorzystnego rokowania. Jest to jeden z trudniejszych aspektów tej dziedziny medycyny. Przekazywanie niepomyślnych informacji zwykle nie przychodzi z łatwością. Należy do obowiązków nielubianych przez lekarzy, wywołujących negatywne emocje, generujących stres [1–5]. Jest jednak nieodzownym i nieuniknionym elementem pracy z pacjentem onkologicznym. Warto zatem zapoznać się z technikami komunikacji, które proces ten ułatwiają. Znajomość podstawowych zasad relacji interpersonalnych oraz narzędzi (technik) dedykowanych przekazywaniu niepomyślnych informacji prowadzi do zwiększenia wiary we własne kompetencje, zmniejszenia poziomu lęku i stresu u lekarza oraz minimalizuje ryzyko

jatrogennych efektów niepożądanych w sferze psychiki pacjenta [2, 4–6].

Informacja niepomyślna to taka wiadomość, która w sposób istotny i niekorzystny zmienia postrzeganie przez chorego jego własnej przyszłości. Im większa dysproporcja między stanem faktycznym a wyobrażeniem pacjenta co do tego stanu, tym przekazywana treść będzie trudniejsza do przyjęcia, obciążona większym „ciężarem gatunkowym”. Dla pacjenta jest to sytuacja dużego obciążenia psychicznego, silnego stresu. Reakcją na przekazaną informację może być przejściowy szok lub gwałtowne ujawnienie emocji (gniew, złość, płacz, lęk). Dochodzi do uruchomienia swoistych dla każdego chorego mechanizmów obronnych, mających na celu umożliwienie funkcjonowania w nowej rzeczywistości oraz stopniową adaptację do sytuacji. Przyjęcie trudnej informacji jest procesem długotrwałym, o swoistym natężeniu i dynamice. Zadaniem lekarza jest przekazanie

niepomyślnej informacji w taki sposób, aby w możliwie dużym stopniu ułatwić i złagodzić jego przebieg [1, 7–9].

Proces przekazania niepomyślnej informacji wymaga od lekarza zmierzenia się z emocjami pacjenta, opanowania stresu, pokonania obaw przed reakcją chorego lub przed okazaniem własnych uczuć. Rozmowie takiej może towarzyszyć poczucie porażki zawodowej i bezradności, przekonanie, iż lekarz zawiódł chorego i jego rodzinę. Często wymienianym przez lekarzy aspektem jest lęk przed odebraniem nadziei oraz obawa przed poruszeniem tematu śmierci i umierania. Czynniki te mogą być przyczyną unikania rozmowy z pacjentem, przekazywania tego obowiązku innemu lekarzowi, przyjmowania postawy obojętnej lub zamkniętej. Doświadczany w takich sytuacjach stres w znacznym stopniu może się przyczynić do powstania lub nasilenia zespołu wypalenia zawodowego [1, 2, 4, 5, 9].

Czy można zatem zrezygnować z przekazywania pacjentowi niepomyślnej diagnozy i rokowania? Czy lepiej pominąć prawdę w imię troski o chorego? Lub czy poinformować jedynie rodzinę chorego? Dyskusja na ten temat toczy się w świecie medycznym od wielu lat. I o ile jeszcze 15–20 lat temu opcja zatajania niepomyślnych wiadomości przed pacjentem znajdowała wielu zwolenników [1, 7, 9], o tyle dziś przyznaje się choremu przede wszystkim prawo do informacji i świadomego (a więc popartego wiedzą o stanie zdrowia) podejmowania decyzji. Wynika to z zapisów Karty Praw Pacjenta, Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej. Dwa ostatnie dokumenty dopuszczają możliwość nieinformowania chorego o niepomyślnej diagnozie i rokowaniu (Art. 31.4 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. oraz Art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej) wyjątkowo, w przypadku, gdy lekarz jest głęboko przekonany, że informacja taka może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie pacjenta. Decyzja pozostawiona została indywidualnej ocenie lekarza. W każdym przypadku należy wziąć pod uwagę, że kłamstwo lub brak szczerości w relacji z pacjentem może podważyć autorytet lekarza, powodując utratę zaufania do niego i do proponowanego leczenia. Efektem poznania trudnej prawdy może być natomiast mobilizacja sił pacjenta i większe zaangażowanie w leczenie i walkę z chorobą. Argumentem nie do pominięcia jest umożliwienie choremu psychicznego i duchowego przygotowania się do śmierci, a także podjęcia niezbędnych czynności prawnych i majątkowych. Na żądanie chorego informacje medyczne muszą zostać mu przedstawione w pełnym zakresie, nawet jeśli wcześniej odmówił rozmowy na ten temat [1, 7, 8].

Przekazanie niepomyślnych informacji wymaga wyuczucia, taktu, wrażliwości na emocje chorego, empatii. Niezbędne w relacji są: szczerość, uważność, okazywanie szacunku drugiej osobie, zrozumienie. Dla wielu onkologów są to naturalne, intuicyjne umiejętności. Lekarze

o słabiej wykształconych zdolnościach społecznych i komunikacyjnych radzą sobie na tym polu zdecydowanie gorzej. Doceniając wagę prawidłowego komunikowania niepomyślnych informacji oraz trudności, jakie pojawiają się wśród lekarzy, podejmowano próby formułowania zasad prowadzenia takiej rozmowy [7, 9–12]. Do podstawowych, określonych pod koniec dwudziestego wieku przez Twycrossa należą: brak zgody na okłamywanie chorego, unikanie dawania fałszywej nadziei, ostrożne i rozważne posługiwanie się prawdą (dawkowanie jej) oraz dopasowywanie ilości przekazywanej wiedzy do aktualnych możliwości chorego (do tego, ile w danej chwili chory jest gotowy przyjąć) [8, 10].

Protokół SPIKES — etapy przekazywania niepomyślnych informacji

Aby ułatwić lekarzom podejmowanie tych trudnych rozmów, opracowano dedykowane narzędzia komunikacyjne — protokoły przekazywania niepomyślnych informacji. Najbardziej popularne to SPIKES, ABC-DE, Six-Point Protocol, BREAKS [2, 3, 5, 6]. Autorzy protokołów wyróżniają i porządkują poszczególne etapy przekazywania niepomyślnej informacji. Są to: troska o odpowiednie warunki rozmowy (miejsce, czas, obecność bliskiej osoby), sprawdzenie, co chory już wie o swojej sytuacji, zbadanie, co chory chce wiedzieć, stopniowe przekazanie informacji, odpowiedź na emocje chorego, podsumowanie i ustalenie planu działania. Etapy te zostaną omówione na przykładzie najbardziej znanego i najlepiej przebadanego protokołu SPIKES autorstwa Baile i wsp. [2] (tab. 1, 2).

S — jako pierwszy krok w procesie przekazywania niepomyślnych informacji autorzy proponują, aby zorganizować stosowne miejsce i czas spotkania z pacjentem. Należy postarać się, aby wybrana przestrzeń dawała poczucie intymności (osobne pomieszczenie lub wydzielenie miejsca na sali za pomocą parawanu), żeby nikt nie wchodził w czasie planowanej rozmowy. Lekarz

Tabela 1. Protokół SPIKES — etapy przekazywania niepomyślnych informacji

S	<i>Setting</i>	Stosowne otoczenie
P	<i>Perception</i>	Poznanie stanu wiedzy chorego
I	<i>Invitation</i>	Zaproszenie do rozmowy
K	<i>Knowledge</i>	Przekazanie informacji
E	<i>Emotions and Empathy</i>	Emocje i empatia
S	<i>Strategy and Summary</i>	Plan działania i podsumowanie

Tabela 2. Protokół SPIKES — przydatne sformułowania (przykłady)

S	Setting	Proszę usiąść. Czy chciałby pan, aby ktoś towarzyszył panu podczas tej rozmowy?
P	Perception	Co sądzi pan o swoim stanie zdrowia?
I	Invitation	Czy potrzebuje pan bardziej szczegółowych informacji? Czy chciałby pan, abym przedstawił panu szczegółowe wyniki badań?
K	Knowledge	Niestety, wyniki pana badań nie są najlepsze. Czy wyraziłem się w sposób zrozumiały? Czy chce pan, abym powtórzył jakieś kwestie?
E	Emotions and Empathy	Co najbardziej pana martwi? Żałuję, że nie mam dla pana lepszych informacji.
S	Strategy and Summary	Umówiłem pana z radioterapeutą, który szczegółowo przedstawi plan leczenia napromienianiem.

powinien przeznaczyć czas tylko dla chorego, wyłączając telefon i pager. Ważne jest, aby zadbał on o przekaz niewerbalny, okazując pewność siebie, spokój i opanowanie. Rozmowa powinna przebiegać na siedząco. Najlepiej, jeśli między lekarzem a chorym nie będzie żadnych barier fizycznych (np. biurka, stolika). Siadając przy chorym, lekarz daje znać, że ma dla niego wystarczającą ilość czasu. Nawiązanie kontaktu wzrokowego z pacjentem wpłynie na odczucie autentyczności relacji. Wybierając termin przeprowadzenia rozmowy, należy zadbać o to, by chory nie odczuwał żadnych silnych dolegliwości. Dobrze jest zapytać pacjenta, czy chce, aby w rozmowie uczestniczyła bliska mu osoba.

P — przed przekazaniem kluczowej informacji należy dowiedzieć się, co chory wie o swojej sytuacji. Przydatne są pytania otwarte, np. *Co myśli pan o stanie swojego zdrowia? Co wie pan o swojej chorobie? Jak pan myśli, dlaczego zlecieliśmy panu tyle badań?* Należy pozwolić choremu na swobodne wypowiedzianie się, możliwie bez przerywania. Uzyskamy w ten sposób informacje, które pomogą ocenić, na ile poważna będzie dla chorego przekazywana niekorzystna wiadomość (skalę dysproporcji między rzeczywistością medyczną a wiedzą pacjenta). Należy zwrócić uwagę na słownictwo chorego, tzn. czy używa słów dla nas kluczowych (rak, nowotwór, wznowa, rozsiew, przerzuty) oraz na sposób pojmowania sytuacji (czy chory ujawnia istnienie mechanizmów obronnych, takich jak np. wypieranie, zaprzeczanie, nierzeczywiste oczekiwania). Forma rozmowy powinna być dopasowana do możliwości poznawczych chorego.

I — kolejny etap ma ocenić, ile chory chce wiedzieć na temat swojego stanu. Można zapytać: *Czy chce pan, abym szczegółowo wytłumaczył wyniki pana badań? Czy chce pan porozmawiać o swojej chorobie, czy woli pan, abym porozmawiał z pana żoną?* Jeśli chory podejmie wątek, przechodzimy do dalszego etapu. Może też się zdarzyć, że pacjent pominie temat lub poprosi o przekazanie tych informacji osobie bliskiej. Jest to sygnał, że

nie chce przyjąć dalszych informacji. W takiej sytuacji należy zakończyć rozmowę, ustalając dalsze postępowanie (zapropionować następne spotkanie lub ustalić, komu można przekazać informacje).

K — po przeprowadzeniu wstępnego rozpoznania kolejnym etapem jest tzw. strzał ostrzegawczy. W tym miejscu przekazujemy pierwszy sygnał o niepomyślnym charakterze wiadomości. Można posłużyć się zwrotami: *Niestety, nie mam dla pana dobrych informacji. Wyniki pana badań nie są najlepsze. Sytuacja wygląda poważniej, niż się spodziewaliśmy.* Po wypowiedzeniu takiej informacji czekamy na reakcję pacjenta. Jest to kluczowy moment całej rozmowy — czekamy, aż chory sam zaprosi nas do dalszej jej części, pytając o szczegóły lub prosząc o rozwinięcie tematu. Po uzyskaniu przyzwolenia na kontynuowanie rozmowy należy przekazać informacje w sposób zwięzły i zrozumiały, unikając żargonu medycznego. Ważne jest, aby to pacjent pierwszy wypowiedział słowa kluczowe (np. rak, nowotwór, wznowa, przerzuty). Lekarz może je po chorym powtórzyć, potwierdzając ich znaczenie. Np. — *W wynikach pana badania stwierdzono nieprawidłowe komórki. — Czy to rak? — Tak, niestety są to komórki raka.* Najlepiej jest podzielić przekazywaną treść na mniejsze „porcje”, a po każdej upewnić się, czy pacjent zrozumiał. Warto powtarzać najważniejsze kwestie. Jeżeli natomiast nie uzyskamy zaproszenia do dalszej rozmowy, należy powstrzymać się od przekazywania pozostałych informacji. Oznacza to, że pacjent nie jest gotowy na przyjęcie takiej wiedzy, stawia opór. Forsowanie informacji niesie ryzyko wzmocnienia mechanizmów obronnych oraz zmiany postawy wobec lekarza na negatywną. W takiej sytuacji można zaproponować spotkanie w innym terminie, dając choremu czas na oswojenie się z myślą o niepomyślnym przebiegu choroby, lub zapytać, czy pacjent życzy sobie, aby lekarz dokończył rozmowę np. z żoną. Część chorych przyjmie taką propozycję z ulgą (np. chorzy z aktywnym mechanizmem wypierania lub unikania).

E — po przekazaniu informacji należy dać choremu czas na wyrażenie swoich emocji. Najlepiej poczekać w milczeniu, aż pacjent oswoi się z przekazaną mu wiedzą i na nią zareaguje. Należy zidentyfikować emocje chorego (gniew, złość, strach, rozpacz, smutek) i spróbować znaleźć ich przyczyny. *Widzę, że jest pan zmartwiony. Co najbardziej pana martwi?* Reagujemy z empatią na emocje pacjenta. Można wyrazić głośno swoje odczucia, np. *Chciałbym mieć dla pana lepsze informacje. Żałuję, że nie mam dla pana lepszych informacji.* Ważne, aby słowa były szczere, a postawa autentyczna.

S — zakończenie rozmowy poprzez podsumowanie oraz ustalenie dalszego planu postępowania. Należy upewnić się, że informacje przekazane zostały właściwie, że chory je zrozumiał i zapamiętał. Niezmiernie ważne dla pacjenta jest przedstawienie planu działania z podkreśleniem, że taki plan istnieje. Pozwala to choremu na zachowanie nadziei, czyli oczekiwania czegoś dobrego w przyszłości. Nawet w sytuacji, gdy nie można zaproponować dalszego leczenia przyczynowego, planem (i potencjalnym źródłem nadziei)

jest postępowanie objawowe, np. skuteczne opanowanie dolegliwości, walka z bólem. Kolejnym istotnym aspektem jest włączenie pacjenta w proces decyzyjny dotyczący planowania dalszego postępowania. Daje to choremu poczucie możliwości zachowania wpływu na swoje życie, zmniejsza niepewność i niepokój. Rozmowę należy zakończyć wskazówkami praktycznymi co do dalszego postępowania.

Protokół SPIKES jest praktycznym, łatwym do opanowania narzędziem, które może uprościć skuteczną komunikację z chorym w sytuacji przekazania niepomyślnych informacji. Nazywa i porządkuje kolejne etapy procesu, dając lekarzowi poczucie bezpieczeństwa i kontroli [2, 3, 5, 6]. Jednocześnie nakazuje dużą wrażliwość i uważność na reakcje chorego, przez co zmniejsza ryzyko zbytniego forsowania informacji (przekazania treści osobie niegotowej do ich przyjęcia lub ujawnienia za dużej ilości informacji) i potencjalnych negatywnych skutków takiego działania (tab. 3, 4). Zaleca udzielenie choremu wsparcia. Stanowi bardzo dobrą propozycję wyjściowego schematu rozmowy, spis najważniejszych

Tabela 3. Najczęstsze błędy lekarza podczas przekazywania niepomyślnych informacji

S	<i>Setting</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pozycja stojąca nad łóżkiem pacjenta • „Chowanie się” za dokumentacją medyczną • Pośpiech
P	<i>Perception</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Niesłuchanie chorego • Stosowanie pytań zamkniętych
I	<i>Invitation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Brak uważności • Forsowanie wiedzy
K	<i>Knowledge</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Żargon medyczny • Koncentracja na wynikach badań • Forsowanie informacji (pomimo sygnałów, że chory nie chce wiedzieć więcej)
E	<i>Emotions and Empathy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Brak odniesienia do emocji pacjenta, niezauważanie ich
S	<i>Strategy and Summary</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nihilizm terapeutyczny • Pozbawienie nadziei

Tabela 4. Propozycje poprawnego formułowania kluczowych wypowiedzi

Wypowiedzi niedopuszczalne!	Sugerowane sformułowania
Wszystko będzie dobrze.	Chcę pana zapewnić, że zrobimy wszystko, aby czuł się pan jak najlepiej.
Nie mam panu nic do zaproponowania. Nic nie da się już zrobić.	Obawiam się, że kontynuacja chemioterapii nie przyniesie już dalszych korzyści, dlatego chcemy panu zaproponować leczenie nakierowane na objawy choroby, np. ból, duszność.
Ma pan 2 miesiące życia*.	Nie można przewidzieć, jak choroba rozwinie się w pana przypadku. Można jednak przypuszczać, że mówimy raczej o miesiącach niż latach*.

*Wypowiedź dotyczy przypadku, gdy chory wyraźnie domaga się odpowiedzi na pytanie o długość czasu, który mu pozostał. W pierwszej kolejności reagujemy pytaniem: *Dlaczego pan o to pyta?* Często okazuje się, że pacjent nie oczekuje konkretnej odpowiedzi, a przekazane dane statystyczne mogłyby stanowić dodatkowe obciążenie

elementów procesu przekazywania niepomyślnych informacji. Sztuka komunikacji wymaga bowiem dostosowania dostępnych środków do indywidualnych potrzeb pacjenta i lekarza, do określonej sytuacji medycznej. Opisany protokół należy traktować jako swoistą bazę, którą można (i należy) modyfikować, zachowując jej główny zarys i zasady.

Podsumowanie

Przekazywanie niepomyślnych informacji stanowi lekarską codzienność. Umiejętne stosowanie adekwatnych technik komunikacyjnych powinno być zatem rutyną. Przeprowadzanie trudnych rozmów z pacjentem i jego rodziną nadal nosi miano sytuacji wysoce stresującej dla lekarza, stąd edukacja w zakresie technik komunikacji może przynieść wiele korzyści zarówno dla lekarzy (zmniejszenie lęku i stresu, wzrost pewności siebie), jak i dla pacjentów. Brak wiedzy, nieostrożność i nonszalancja w kontakcie z chorym mogą prowadzić do jatrogennych zaburzeń przeżywania okresu adaptacji do nowej, trudnej dla chorego sytuacji. Przydatnym praktycznym narzędziem komunikacyjnym są protokoły przekazywania niepomyślnych informacji, np. SPIKES. Posiadanie umiejętności z dziedziny komunikacji powinno znaleźć miejsce wśród podstawowych kompetencji lekarza onkologa.

Piśmiennictwo

1. Kowalska A., Jarosz M., Sak J. i wsp. Etyczne aspekty komunikacji lekarz–pacjent. *MONZ* 2010; 16: 427–435.
2. Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A., Kudelka A.P. SPIKES — A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302–311.
3. Harrison M.E., Walling A. What do we know about giving bad news? A review. *Clin. Pediatr. (Phila.)*. 2010; 49: 619–626.
4. Otani H., Morita T., Esaki T. i wsp. Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2011; 41: 999–1006.
5. Hagerly R.G., Butow P.N., Ellis P.M., Dimitry S., Tattersall M.H. Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Ann. Oncol.* 2005; 16: 1005–1053.
6. Thistlethwaite J. Breaking Bad News — Skills and Evidence. *InnovAiT* 2009; 2: 605–612.
7. Wrona-Polańska H. Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Wyd. I. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 79–100.
8. Świrydowicz T. Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie. *Nowa Med.* 2000; 1, VII: 97, 74–78.
9. Bujnowska-Fedak M., Wróblewska I. Przekazywanie pacjentowi i jego rodzinie trudnych informacji dotyczących stanu zdrowia. W: Steciwko A., Barański J. (red.). *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012; 159–169.
10. Twycross R. *Introducing Palliative Care*. Radcliff Medical Press, Oxford and New York 1995; 24.
11. Makara-Studzińska M. *Komunikacja z pacjentem*. Wyd. I. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2012; 111–120.
12. Dunn N. *Opowieści o raku. Sztuka komunikacji w opiece onkologicznej*. Wyd. I, Via Medica, Gdańsk 2009; 12–17.