

Hvordan formidle dårlige nyheter på en god måte?

Et kvalitetsforbedrende prosjekt



Gruppe K-15:

**Magnhild V. Kvalbein, Arash K. Ghomi,
Hanne C. Fjeldstad, Julie D. Ørstavik, Sabba Khalid og
Salmana H. Ata**

**Prosjektoppgave i faget KLoK
Universitetet i Oslo
Det medisinske fakultet
Institutt for allmenn og samfunnsmedisin
17.01.2011**

Sammendrag

Bakgrunn: Formidling av dårlige nyheter er en krevende oppgave, som utfordrer legen på et personlig og mellommenneskelig plan. Man har i stadig større grad blitt bevisst på at klinisk kommunikasjon bør få større plass i legeutdannelsen. Samtidig ser man at helsevesenet i økende grad preges av krav til effektivitet og mindre tid til den enkelte pasient.

Kunnskapsgrunnlag: Vi gjorde et systematisk litteratursøk. Søk i Cochrane Library og PubMed Clinical Queries gav noen relevante resultater. Generelt ser de ut til at det er vanskelig å studere effekt av tiltak som går på situasjonen rundt det å gi en dårlig beskjed. Det er liten dokumentasjon på tiltak som bedrer pasientnære indikatorer.

Begrunnet tiltak og metode: Tiltaket vi valgte å innføre var basert på avdelingens egne erfaringer og ønsker. Avdelingen vi undersøkte hadde fra før gode rutiner for denne typen utfordringer, men ingen av rutinene var skrevet ned. Som tiltak valgte vi derfor å skriftliggjøre de allerede eksisterende rutinene, slik at de ble lettere tilgjengelige for nye leger og andre på avdelingen. På denne måten håpet vi å kunne kvalitetssikre at de allerede eksisterende gode rutinene ivaretas også i fremtiden. Som indikator valgte vi å utarbeide et spørreskjema som sykepleierne skal fylle ut ved alle konsultasjonene hver februar og september måned.

Implementering: Avdelingsoverlege har ansvar for å dele ut retningslinjene til nye leger. For å vurdere om retningslinjene følges, og sikre fortsatt fokus på kommunikasjon av dårlige nyheter, vil det bli gjennomført en evaluering to måneder i året der sykepleieren som er med på samtalen vurderer kommunikasjonen ved hjelp av et spørreskjema.

Vurdering: Vår mening er at et manglende kunnskapsgrunnlag ikke bør være til hinder for at man forsøker å gjennomføre et forbedringsarbeid. Vi tror at vårt tiltak kan ha effekt ved å etablere en minimumsramme for kommunikasjonen ved formidling av dårlige nyheter, og på den måten hindre at de mest alvorlige feilene begås. Dessuten håper vi at disse retningslinjene og dette forbedringsarbeidet kan være til hjelp for andre avdelinger som ønsker økt fokus på dette området.

Innhold

Sammendrag	1
Introduksjon	3
Kunnskapsgrunnlaget	3
Situasjon og praksis	5
Indikatorvalg	9
Begrunnet tiltak	11
Implementering	12
Evaluerings	13
Diskusjon	13
Litteraturliste	15
Vedlegg	16

Introduksjon

Formidling av dårlige nyheter er en utfordring enhver lege må regne med å møte i den kliniske hverdag. Samtidig er det en utfordring som strekker seg langt ut over det vi kan lese oss til fra lærebøker og annen litteratur. Det er et tema som utfordrer oss på det personlige og mellommenneskelige plan. Som studenter har vi selv opplevd situasjoner der kommunikasjon av dårlige nyheter på ingen måte har vært optimal.

I de senere år har man i større og større grad blitt bevisst på at klinisk kommunikasjon bør være en sentral del av legeutdannelsen, og man har innført obligatoriske kommunikasjonskurs i medisinstudiet ved UiO. Samtidig vet man at helsevesenet og legeyrket i økende grad preges av krav til effektivitet, gjerne målt i antall behandlede pasienter eller antall liggedager på sykehus.

Hvordan kan man så sikre at man i en slik hverdag ikke bare utfører sitt yrke på en effektiv og faglig forsvarlig måte, men også klarer å ivareta pasienten selv? Ved formidling av dårlige nyheter, som kreftdiagnoser og annen alvorlig sykdom, er pasienten i en ekstremt sårbar situasjon. Hvordan kan man tilrettelegge en travel og hektisk sykehushverdag slik at dette kan skje på en best mulig måte?

I dette forbedringsprosjektet er det nettopp "formidling av dårlige nyheter" som har vært tema. Hvordan kan dårlige nyheter formidles på en best mulig måte i en klinisk hverdag? Vi har i samarbeid med lungeavdelingen ved Akershus Universitetssykehus sett på hva man i deres avdeling kan gjøre for å forbedre formidling av dårlige nyheter. Vi valgte å se nærmere på konkrete praktiske tilnærminger som kan gjøres i avdelingen.

Kunnskapsgrunlaget

Søkestrategi

Vi har gjennomført et systematisk litteratursøk, der vi hierarkisk har benyttet databasene representert i Kunnskapsegget (1). Følgende søkeord er brukt til enkeltsøk og i kombinasjon med booleanske operatører (AND/OR): "bad news", "sad news", "patient satisfaction", "patient experiences", "cancer diagnosis" og "truth disclosure". Vi fant ingen relevante artikler i de kunnskapsbaserte fagprosedyrene og i databasene under "oppslagsverk". Videre søk i Cochrane Library viste ingen treff i selve Cochrane, men en studie under "other reviews" som var hentet fra Dare. Et søk i PubMed Clinical Queries resulterte i noen enkeltstudier og to systematiske oversiktsartikler som var relevante for oss. Det ble også gjort et litteratursøk i Tidsskrift for Den norske legeförening med søkeordet "dårlige nyheter", der det ble funnet en norsk intervensjonsstudie av interesse.

Hvordan formidles dårlige nyheter?

I en amerikansk studie publisert i 2010 av Figg et. al. (2) ble 438 kreftpasienter spurt om hvordan de fikk formidlet sin diagnose. Man fant at 54 % fikk beskjeden på legens kontor, 18 % via telefon og 28 % mens de var innlagt på sykehuset. 44 % rapporterte om en samtalevarighet under 10 minutter. Det viste seg at pasientene som fikk beskjeden ansikt til ansikt i hovedsak var mer fornøyde enn de som fikk beskjeden via telefon. Informasjon om behandlingsmuligheter gjorde også at pasienten var mer tilfreds. En norsk undersøkelse gjort av Loge et. al. i 1997 (3) viste lignende resultater. Her var 44 % fornøyde med hvordan informasjonen var gitt, men hele 21 % var misfornøyde eller veldig misfornøyde.

Å gi dårlige nyheter til pasienter er blant de vanskeligste oppgavene helsepersonell har. Få får opplæring og trening i dette, og mange føler seg derfor dårlig forberedt til slik kommunikasjon. Studier har vist at måten dårlige nyheter overbringes på har konsekvenser både for pasienten og legen involvert (4,5). Dårlig formidling av slik informasjon leder til stress for legen, og kan videre bidra til engstelse og utbrenthet. For pasienten kan også den dårlige kommunikasjonen lede til økt stress og engstelse, i tillegg til at det kan gi manglende håp og redusert "stå-på-vilje".

Hvilke tiltak har effekt for å forbedre formidling av dårlige nyheter?

Siden måten dårlige nyheter formidles på er av betydning, har det blitt satt økt fokus på hvordan slik informasjon kan gis på en bedre måte. Det er flere modifiserbare elementer i en "dårlig-nyhet-konsultasjon" som man kan prøve å endre på; budbringeren, mottakeren, kvalitet og kvantitet av informasjon gitt, kommunikasjonsmetode, miljøet, teknologi brukt og oppfølging. Det er gjort flere studier som har undersøkt effekten av diverse forbedringstiltak. En systematisk oversiktsartikkel fra 1998 (6) tok for seg ti randomiserte kontrollerte intervensjonsstudier. Denne artikkelen ble funnet i DARE, og ble vurdert å ha akseptabel kvalitet. Tiltakene som ble prøvd ut var bl.a. lydbåndopptak under konsultasjonen som pasienten fikk med seg hjem, utlevering av skriftlig sammendrag av samtalen, og utlevering av litteratur knyttet til sykdomsdiagnosen. Det viste seg at de testede intervensjonene hadde lite effekt på pasientenes psykologiske tilpasning, og de hadde inkonsistente effekter på pasientenes nivå av kunnskap og tilfredshet. Men det kan nevnes at i alle de syv RCT'ene hvor det ble spurt om pasientenes mening om tiltakene, var tilbakemeldingene svært positive. Forfatterne konkluderte med at det er begrenset med empirisk data, og at det derfor er behov for ny og klarere forskning innenfor dette viktige feltet.

En nyere oversiktsartikkel fra 2009 (4) tok for seg randomiserte kontrollerte studier der det ble undersøkt om kommunikasjonskurs for klinikere hadde effekt på pasientenes psykososiale helse etter å ha fått en dårlig beskjed. De så bare på studier hvor pasientenes psykiske helse var blitt målt med forskjellige indikatorer, og fant bare fire studier som de mente hadde tilfredsstillende kvalitet, og som prøvde å måle dette aspektet. De fant én artikkel som viste forskjeller på pasientparametre i favør av klinikere som hadde gått på et todagers kurs (6). Det ble konkludert med at det finnes lite litteratur som støtter at trening av helsepersonell gir forandringer i pasientresultater, og at det er behov for mer forskning på intervensjoner. Det har også blitt utført en studie ved et stort norsk sykehus (8), der hensikten var å undersøke hvorvidt et kurs i klinisk kommunikasjon for leger gav dem bedre mestringstillit. Resultatet viste noe bedret mestringstillit hos deltakerne, men om dette ledet til bedret klinisk kommunikasjon burde undersøkes videre.

Campbell et al. beskriver i sin artikkel fra 1998 (9) viktigheten av å bruke retningslinjer for å sikre at klinikere benytter beste mulige metode for kommunikasjon av dårlige nyheter. Dette bedrer klinisk praksis og pasientresultater. Et problem kan være at det mangler konsistent informasjon om beste mulige praksis, og anbefalinger kan være motstridende. Vanligste måte for å informere helsepersonell om retningslinjer er via publikasjon i tidsskrifter og distribusjon via post, men møter og konferanser arrangeres også. Disse metodene er relativt billige og enkle, men kommer til kort når det gjelder å oppnå atferdsendringer hos klinikere. Freemantle et al. (10) så på effekten av skriftlig materiale, og konkluderte med at dette, på sitt beste, har en liten effekt av usikker klinisk signifikans.

Den kanadiske onkologen Buckman har utviklet og lansert en protokoll for hvordan dårlige beskjeder kan presenteres for pasienter og deres pårørende på en god måte (11). Den kalles SPIKES, og hver bokstav representerer en fase av denne 6-trinns-modellen (Setting - Perception - Invitation -

Knowledge - Empathy - Summary). Den legger vekt på at legen skal vurdere hvordan pasienten oppfatter situasjonen, hvor mye vedkommende ønsker å vite, for så å gi informasjon i tilpassede doser. Legen skal også på en empatisk måte ta del i pasientens reaksjoner. Denne malen brukes ofte som hjelpemiddel når leger og medisinstudenter skal få opplæring i å formidle dårlige nyheter. Rabow og McPhee (12) beskriver også en lignende modell, ABCDE (Advance preparation - Build a therapeutic environment/relationship - Communicate well - Deal with patient and family reactions - Encourage and validate emotions). Oppgaven med å formidle dårlige nyheter vil aldri bli enkel, men slike huskereglene som beskrevet over kan gjøre det lettere å hjelpe pasienten gjennom den vanskelige tiden. Det finnes også en kortfattet og detaljert japansk mal for å fortelle pasienter om deres sykdomsdiagnose (13).

Generelt er det vanskelig å studere effekt av tiltak som går på situasjonen omkring det å gi den dårlige beskjeden. De mest ressurskrevende tiltakene er utelukket i denne avdelingen. Når det gjelder tiltakene vi foreslår i denne oppgaven, er det liten direkte dokumentasjon på at det å skriftliggjøre disse spesifikke tiltakene har en effekt på kommunikasjonen. Hvis tiltakene innføres bare ved at det finnes et ekstra skriv, er det som nevnt fra tidligere liten grunn til å forvente en stor bedring i kommunikasjonen. Disse retningslinjene egner seg til oppfølging og vurdering. De retningslinjene som vi foreslår skriftliggjort vil de fleste se på som gode kommunikasjonsprinsipper. De gjør det dessuten mulig å vurdere hvordan kommunikasjonen egentlig foregår i denne avdelingen. Det kan tenkes at tiltakene vil forhindre de mest åpenbare bruddene av det som oppfattes som dårlig kommunikasjon, og gi en minimumsnorm over hva som bør være en selvfølge ved formidling av dårlige nyheter.

Situasjon og praksis

For å kartlegge nærmere hvordan overlevering av dårlige nyheter gjøres, valgte vi å ta kontakt med lungeavdelingen på sykehuset der vi har praksis. Vi valgte lungeavdelingen, fordi det er en avdeling der tunge nyheter, som for eksempel kreftdiagnoser, overleveres relativt hyppig. Vi snakket med to leger, én kreftsykepleier, og to postsykepleiere for å få et mest mulig helhetlig bilde av hvordan dårlige nyheter overleveres i praksis.

Samtale med leger ved lungeavdelingen

Vi snakket med to av overlegene på lungeavdelingen for å få et innblikk i hvordan dårlige og tunge nyheter overleveres pasienter.

Legene forteller at de har et nært og godt samarbeid med sykepleierne, og at det alltid er tilstede én lege og én sykepleier ved en slik samtale. Legene tar seg av den første delen av samtalen, med informasjon om den medisinske diagnosen samt hva videre forløp vil bli. Sykepleieren tar så over etter legen er ferdig med å informere. Sykepleieren informerer om mer praktisk tilrettelegging og blir sittende og snakke litt mer generelt med pasienten.

Det tilstrebes at pasienten skal få behandlende lege til samtalen om mulig. Hvis dette ikke er mulig, vil legen sette seg godt inn sykehistorien på forhånd av samtale med pasient. Ved en sjelden anledning har det skjedd at en ny lege på posten forsøker å gi en tung beskjed til pasienten over sengekanten, men dette har så langt heldigvis blitt avverget av sykepleiere tilstede. Det er også sykepleieren som setter pasienten i direkte kontakt med legen, om det skulle være noen spørsmål.

Legene føler ikke selv at de har dårlig tid under en slik samtale. De går ikke med vaktcalling, og slipper således å bekymre seg for å bli tilkalt til akutte situasjoner. De snakker seg ferdige, og spør alltid pasienten mot slutten om han/hun har noen spørsmål før de forlater rommet.

En uerfaren lege, for eksempel en turnuslege, vil aldri bli sendt inn til en slik samtale alene. En uerfaren lege tas med i slike samtaler for å observere de første gangene, før de får lov til å gjennomføre en samtale alene.

Per i dag er det ingen klare retningslinjer for hvordan en slik samtale bør foregå, men legene føler selv at dette er en prosess som best læres videre ved å la de nye kollegaene observere slike samtaler et par ganger før de selv skal ha dem. Begge legene vi snakket med er positive til innføring av førende retningslinjer for en slik samtale. Slik kan nye leger ved posten få med seg disse retningslinjene som et skriv de kan lese på egenhånd. På denne måten kan man muligens kvalitetssikre riktig overlevering av slike nyheter.

Legene er også positive til å innføre et kommunikasjonskurs, der man øver på å gi dårlige nyheter til pasienter.

Samtale med kreftsykepleiere

For å kartlegge hvordan pasienter med lungecancer får overlevert diagnosen, snakket vi med en erfaren kreftsykepleier som hadde jobbet i den stillingen i åtte år.

Vi ble informert om at pasienter aldri blir fortalt en dårlig nyhet over telefon. Pasientene blir innkalt til en samtale, hvor han/hun blir oppfordret til å ta med seg en nær pårørende. Samtalen blir så gjennomført med en lege og en sykepleier tilstede, helst kreftsykepleier hvis det er snakk om en cancerdiagnose.

Legen og sykepleieren har en 'briefing' seg i mellom før de går inn til pasienten, for å planlegge samtalen best mulig. Det settes ikke av en bestemt tidsramme for en slik samtale, men som regel tar hele samtalen én time. Kreftsykepleieren understreker at det er pasienten som er i fokus, og det viktigste er at han/hun føler seg sett og ivaretatt under en slik samtale; derfor settes det ikke av en tidsramme for en slik samtale.

Som tidligere nevnt er det legen som snakker i første del av samtalen. Legen sin jobb er å informere pasienten om den medisinske diagnose og videre plan. Deretter går legen, og sykepleieren tar over og forklarer det praktiske rundt situasjonen og tilrettelegger for videre oppfølging og støttesamtaler. Hun understreker at man tilstreber at behandlende lege kommer til samtalen, såfremt det er mulig.

Omstendighetene rundt slik nyhetsoverlevering er nøye planlagt. Det settes av et stille rom til samtalen. Det settes opp et 'opptatt'/'samtale pågår' skilt på døren for å slippe at det går folk inn og ut av rommet. Callinger og mobiler slås av. PC slås også av hvis legen ikke skal vise pasienten noe på datamaskinen. Hverken lege eller sykepleier tygger tyggegummi eller snuser under en slik samtale. Det settes frem et glass vann, samt Kleenex, i fall pasienten skulle ha behov for dette.

Videre er både lege og sykepleier opptatt av å ta godt imot pasienten; hilse med blikkontakt, først på pasienten, deretter pårørende. Det tilstrebes aktivt å holde pasienten i fokus under hele samtalen, da pårørende til tider kan ha en tendens til å ta litt overhånd i en slik samtale.

Etter legen har snakket ferdig, vil sykepleier fortsette samtalen med pasienten og pårørende. De blir gitt tid til å la nyheten synke inn. Deretter avtaler sykepleier én bindende kontakt, i form av en telefonsamtale. Denne avtalen overholdes alltid. Forøvrig er pasienten fri til å ta kontakt med sykepleier når han/hun skulle ønske. Noen pasienter ønsker hyppigere oppfølging for støttesamtaler enn andre.

Mot slutten av samtalen vil pasienten også få med seg et infoskriv av sykepleier der det står skrevet hva som er av oppfølgingsmuligheter, og hvordan de kan ta kontakt med henne. Hvis pasienten på noe som helst tidspunkt skulle ha spørsmål sykepleieren ikke kan svare på, er hun behjelpelig med å sette dem i kontakt med legen, gjerne ved å sette opp en poliklinisk samtale påfølgende dag.

I følge sykepleieren er dette et system som fungerer godt. Hun sier at det er veletablert system på avdelingen, som både leger og andre sykepleier kjenner godt til. Hun forteller at legene ser viktigheten av hennes rolle, og er flinke til å samarbeide med henne når det gjelder overlevering av slike nyheter. Videre har hun fått positive tilbakemeldinger fra både pasienter og pårørende om disse samtalene og oppfølgingen som gis.

Hennes forslag til forbedring er å sende med pasientene et skriv om hva som blir sagt under den initiale samtalen. Dette kan være til god nytte for pasienter som ikke får med seg alt som blir sagt, ofte grunnet sinnstilstanden de går inn i når de blir gitt en slik nyhet. Per i dag er dette vanskelig for henne, da hun alene ikke har kapasitet til dette.

Samtale med utredningsgruppen

Vi hadde videre en samtale med to sykepleiere fra utredningsgruppen på lungeavdelingen. Vi var interessert i å finne ut hvordan utredningsgruppen fungerer, og hvordan sykepleierne oppfattet legenes evne til å formidle dårlige nyheter. I tillegg ønsket vi å finne ut om det var rom for forbedring.

Utredningsgruppen fungerer som bindeleddet mellom pasient og sykehus. Gruppen består av en lege og fire sykepleiere. Sykepleierne har faste stillinger, mens det varierer hvilken lege som er tilstede. Det ligger i dette at sykepleierne som regel kjenner pasientene bedre enn legene gjør, og at enkelte ganger er det en annen lege som står for informasjonssamtalen enn den som hadde ansvaret for utredningen.

Når prøvesvar foreligger kalles pasienten inn til informasjonssamtale så snart som mulig, gjerne påfølgende dag. Samtalene styres av legen, men det er alltid minst én sykepleier tilstede. Som nevnt over, er som oftest kreftsykepleieren med i en slik informasjonssamtale når det gjelder en cancerdiagnose. Også her forteller sykepleierne at samtalen foregår på egnet rom, uten forstyrrelser. Pasientene får sjelden informasjon på sengekanten, men det forekommer, da særlig fordi nye, unge leger blir litt for ivrige. Pasientene oppfordres til å ta med pårørende, men det hender at noen kommer alene.

Legens rolle er å fortelle pasienten svaret på prøvene som er tatt, samt å svare på eventuelle spørsmål fra pasienten. Sykepleierens oppgave er å ta vare på de medmenneskelige aspektene. De sørger for at helt enkle, men viktige ting fungerer; som at pasienten sitter bra, har drikke og papirlommetørklær i nærheten.

Det settes som regel av én time til hver samtale og sykepleierne opplever at dette er tilstrekkelig. Lege og sykepleier snakker sammen noen minutter på forhånd og blir enige om en plan. Sykepleieren kjenner som regel pasienten bedre enn det legen gjør, og sier fra hvis det er noe man bør være ekstra oppmerksom på. Det kan være alt fra nye symptomer pasienten opplever til ønske om ny resept. Deretter går begge inn i rommet sammen.

Vanligvis bruker legene tyve til førti minutter på å informere. Det er stor forskjell på legene som jobber på avdelingen i forhold til det å skulle formidle dårlige nyheter. Noen har jobbet der lenge og har mye erfaring. I følge sykepleierne er de flinkeste legene gode på å finne ut 'hvor pasienten befinner seg', altså hva deres tanker og bekymringer er, og 'møter' pasientene på dette punktet. I tillegg kjennetegnes en erfaren lege av det å tørre å være stille. Sykepleierne synes det er viktig at man tillater seg tomme rom i samtalen der pasienten får tid til å la nyhetene synke inn.

Noen leger legger ikke merke til at de bruker høytstevende og vanskelig språk. Det er ikke alltid lett for pasientene å skulle avbryte legen for å si at det er noe de ikke forstår eller hører. Da kan det være lurt å si ifra på forhånd at pasientene har mulighet til å stille spørsmål når som helst under samtalen. Enkelte leger oppleves som vage og utrygge. De fleste pasienter ønsker klare svar på spørsmålene sine, men sykepleierne opplever at det som regel er lurt å unngå statistikk.

Legen forlater som regel rommet etter at informasjonsbiten er over. Sykepleierne snakker med pasienten en stund etter at legen har gått. Pasienten har gjerne en del spørsmål, de kan være rent praktiske eller relatert til det legen nettopp har sagt. Pasientene synes som regel det er lettere å spørre sykepleierne om det de lurer på, og ønsker ikke å bry legene. Pasientens bekymringer og tanker er mange. Alt fra tanker om liv og død, meningen med livet, til hva man skal prioritere fremover. Noen ganger kan spørsmålene være så trivielle at sykepleierne får seg noen overraskelser, for eksempel «skal jeg fortsette å ta vitaminene mine nå, jeg skal jo dø uansett?».

Vi spurte sykepleierne om det var noe de gjerne ville forandre på om de hadde muligheten. Vi fikk disse punktene:

- Samme lege så mye som mulig gjennom utredningen. Kan være frustrerende for pasient å forholde seg til flere. "Pasientansvarlig lege" eksisterer nå kun på papiret, ikke i praksis.
- Sørge for erfaren lege.
- For lite informasjon ved innkomst. Legene som tar imot bør få frem hva pasienten selv tenker rundt sin sykdom (de fleste har tanker om dette), dette kan lette senere kommunikasjon. Få det med i journalen så sykepleierne ser det.
- Hva har legen fortalt pasienten så langt? Journalføre det.

Vi ønsket også at de skulle beskrive den ideelle samtalen. Vi fikk da denne beskrivelsen;

- Erfaren lege.
- Sørge for god tid og egnet rom.
- Finne ut hva pasienten tenker.
- Forberedt pasient, - skal være informert om at prøvesvar foreligger og at man skal bruke denne samtalen til å informere om svarene.
- Lett språk.
- Informere om hva pasienten kan forvente; symptomer, bivirkninger av medisiner, eventuelt; behandling videre.

- Gi tid til ro. La pasienten samle seg. Tid til at informasjon synker inn.
- Sykepleierne bør være trøstende, tilstede, sørge for praktiske ting, medmenneske. Fungere som "pasientens advokat", gjerne spørre "forstod du hva legen sa?". Gi råd videre.

Nå er det mange av punktene i den ideelle samtalen som allerede fungerer bra, men sykepleierne var helt klare på at det kan bli forbedringer. Vi foreslo skrevne rutiner og kommunikasjonskurs for legene. De var svært positive til kurs, og mente at de fleste legene, også enkelte overleger, ville ha god nytte av dette. Skrevne rutiner vil, ifølge sykepleierne, sannsynligvis ikke være like nyttig.

Oppsummering

Etter samtale med to overleger ved lungeavdelingen, én kreftsykepleier, og to postsykepleiere har vi kartlagt hvordan tunge nyheter overleveres til pasienter ved lungeavdelingen på Akershus Universitetssykehus. Slike samtaler foregår med én lege og én sykepleier tilstede. Det tilstrebes at pasienten har med pårørende, at det er stille omgivelser, og at man gir pasienten den tiden han/hun skulle trenge. Legen er ansvarlig for første del av samtalen, der pasienten informeres om diagnose og videre behandling. Den andre delen av samtalen føres av sykepleier. Sykepleieren gir praktisk informasjon blant annet om hvordan pasienten skal følges opp videre. Ved denne avdelingen har legene og sykepleierne et godt samarbeid, der slike samtaler planlegges på forhånd. Per i dag fungerer denne ordningen meget godt, men alle vi snakket med mente at det finnes rom for forbedring også her. Forbedringsmuligheter som ble snakket om var kommunikasjonskurs for leger, et skriv til pasienten med oversikt over hva som ble snakket om under samtalen og skriftliggjøring og systematisering av allerede eksisterende rutiner.

Indikatorvalg

Den optimale metoden for å vurdere hvorvidt pasientene føler seg ivaretatt under en konsultasjon der det formidles dårlige nyheter, ville være å la pasientene selv komme med en objektiv vurdering i etterkant av samtalen. Det beste hadde vært om man på en enkel måte kunne la pasientenes tilfredshet med samtalen være indikator. Pasienttilfredshet kan måles gjennom spørreskjema som gis i etterkant av konsultasjonen. Man kan også benytte dybdeintervjuer der man forsøker å kartlegge pasientenes opplevelse av situasjonen, informasjonen som ble gitt og følelsen av å bli ivaretatt. Imidlertid bør man spørre seg i hvilken grad pasienten har evne til å foreta disse vurderingene. De er i en særdeles sårbar posisjon i det øyeblikket en dårlig nyhet blir formidlet. Nyheten kan ofte følges av kraftige emosjonelle reaksjoner, sågar sjokk- og uvirkelighetsfølelse, og mange har problemer med å gjenerindre konsultasjonen i ettertid. Noen vil dessuten være preget av respekt for behandlende lege, og angst for at kritikk vil kunne vanskeliggjøre et videre samarbeid om behandlingen. Dessuten har både veileder og leger vi har vært i kontakt med påpekt at pasienter stort sett rapporterer at de er fornøyde med konsultasjonen, uavhengig av hvordan denne ble gjennomført. Disse argumentene vil gjøre det vanskelig å benytte pasienttilfredshet som en objektiv indikator. Vi velger derfor ikke å benytte pasientenes egne tilbakemeldinger som indikator.

I tidligere studier har legenes mestringstillit blitt brukt som indikator. Ved Akershus Universitetssykehus ble det i 2007 gjort en studie der legene gjennomførte et kommunikasjonskurs kalt "Fire gode vaner". I for- og etterkant av kurset ble det utlevert et spørreskjema som blant annet kartla legens selvopplevde mestring i de aktuelle situasjonene. Studien viste at legenes mestringstillit

hadde signifikant økning etter kurset, og at dette også hadde medført reell endring i adferd hos legene (8). Imidlertid er det ikke sikkert at legene faktisk har blitt bedre til å formidle dårlige nyheter over tid, på tross av økt mestringstillit. Man kan for eksempel tenke seg at legen i noen tilfeller blir tryggere i sin rolle, men at de raskt faller tilbake i gamle spor i konsultasjonssituasjonen. En svakhet med mestringstillit som indikator er altså at den ikke inkluderer et pasientperspektiv, og dermed dårlig beskriver legens evne til å formidle dårlige nyheter. Vi velger derfor ikke å benytte dette som vår indikator.

Et kompromiss mellom de to overnevnte alternativene ville være å benytte sykepleieres rapporteringer som indikator. Fordelen er at sykepleieren som hovedregel alltid er tilstede når dårlige nyheter formidles, og at han eller hun dermed er det beste man kommer en "objektiv" observator i situasjonen. Sykepleierne har dessuten mulighet til å observere ulike legers og pasienters måte å takle situasjonen på, og sitter dermed med et større sammenlikningsgrunnlag enn én lege eller én pasient. Sykepleierne fungerer ofte som et bindeledd mellom det medisinske faglige (legen) og pasienten. Ofte kjenner de pasienten bedre enn det legen gjør, og står dermed i en posisjon der de lettere kan plukke opp hvorvidt pasienten føler seg ivaretatt eller ikke. Sykepleiere får dessuten ofte en annen forståelse av pasientens opplevelse etter konsultasjonen. Som regel sitter de med pasienten i konsultasjonsrommet etter at legen har gått og prater, trøster og støtter. Under arbeidet på posten har de samtaler med pasient og pårørende, og svarer på spørsmål som pasienten kan komme på i etterkant av samtalen.

En svakhet med å benytte sykepleiervurderinger som indikator er at sykepleiere kan ha lojalitet ovenfor både lege og pasient som påvirker deres vurderingsevne. Man kan se for seg at sykepleieren vil være redd for å kritisere legen i frykt for så vel dårlig arbeidsmiljø som represalier. Noen vil kanskje også prøve å skåne en kollega man har sympati for. På den annen side kan kanskje interne konflikter gi seg utslag i at en sykepleier behandler en lege spesielt strengt, eller har liten evne til å vurdere legens arbeid objektivt. På samme måte kan man tenke seg at en sykepleier som har utviklet spesielt forhold til en pasient, enten positivt eller negativt, kan ha vanskeligheter med å vurdere pasientens reaksjon og opplevelse objektivt. På tross av disse vanskelighetene har vi valgt å benytte sykepleierevalueringer som indikator. Vi mener at det er det nærmeste man kommer en "objektiv" og mest mulig reproducerbar målestANDARD. I tillegg gav sykepleierne vi snakket med på avdelingen uttrykk for at de var positive til innføring av denne typen evaluering.

Når vi skal benytte sykepleiernes vurdering som indikator kan dette gjøres enten gjennom bruk av spørreskjema eller ved dybdeintervjuer. Fordelen med spørreskjema er at de går tar kort tid å fylle ut, er billige og man kan samle sammen data fra mange konsultasjoner på kort tid. I og med at de er standardiserte er de dessuten mindre påvirkelige i forhold til "subjektive" tolkninger og personavhengige faktorer. Ulempen er at de gir få nyanser og ofte bidrar til et "ja eller nei"-bilde av situasjonen. Dybdeintervjuer er bedre til å kartlegge små variasjoner og gi et mer fullstendig bilde. Ulempen er at de er kostbare, tidkrevende og vanskeligere gjennomførbare i en travel sykehushverdag.

For at vårt prosjekt skal la seg gjennomføre i en vanlig sykehusavdeling velger vi å utarbeide et standardisert spørreskjema som sykepleierne skal fylle ut (vedlegg 2). Vi håper at vi med dette kan samle data og kontrollere tiltaket vårt på en lett gjennomførbar og reproducerbar måte.

Dersom man skulle tenkt i andre baner kunne man kartlagt hvorvidt antallet klagesaker til avdelingen

ble redusert etter innføring av tiltaket. Fordelen med denne indikatoren er at den er billig, helt konkret og fullstendig objektiv. Ulempen er at en klagesak som regel handler om veldig mye mer enn kun hvordan de dårlige nyhetene formidles (feilbehandling, ventetid osv). Dessuten er det kun en veldig liten andel av pasientene som oppretter klagesak. Man må derfor ha et veldig stort kvantum av saker for å kunne si noe om statistisk signifikant reduksjon i antall klagesaker. Vi mener derfor at dette ikke er noen god indikator for hvordan legene formidler dårlige nyheter.

Begrunnet tiltak

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget, informasjon fra avdelingen og diskusjon innad i gruppen kom vi frem til tre forslag som kan forbedre hvordan tunge nyheter overleveres pasienter. Tiltakene var å sende legene på kommunikasjonskurs, å sende med pasientene et sammendrag av det som ble diskutert under pasientsamtalen, eller å systematisere de nå innarbeidede rutinene i form av skriftlige retningslinjer.

Kommunikasjonskurs gir leger mulighet til å øve på å formidle dårlige nyheter i kontrollerte omgivelser. Først og fremst er dette kurset hensiktsmessig da det vil gi legene trygghet i rollen som formidler av slike nyheter. Videre vil et slikt kurs hjelpe leger i å bli oppmerksomme på hva *pasienter* er opptatt av i en slik samtale. Altså vil de læres opp i å bedre ivareta pasientens interesser når de skal overlevere tunge nyheter. Å sende leger på kommunikasjonskurs er imidlertid et kostbart tiltak, både økonomisk og arbeidsmessig; det koster penger å arrangere kursene, og legene må ta seg fri fra arbeidsoppgaver på sykehuset for å gjennomføre dem. Vi er blitt informert om at man tidligere har forsøkt å innføre kommunikasjonskurs for legene ved lungeavdelingen. På tross av avdelingens ønske om å fortsette med kommunikasjonskurs ble ønsket avslått av sykehusledelsen med bakgrunn i kostnadshensyn.

Det neste alternativet vi diskuterte var å sende med pasienter et skriftlig sammendrag av det som ble diskutert under pasientsamtalen. Dette kan være et fint tiltak for både pasienten og dens pårørende. Under den initiale samtalen der tunge nyheter overleveres er det ikke uvanlig at pasientene går inn i en sinnstilstand der det er vanskelig å motta informasjon etter at diagnosen er blitt overlevert. Det må antas at pasienten lettere kan ta til seg den samme informasjonen når han/hun er i en roligere, mer samlet sinnstilstand. Da er det hensiktsmessig å ha et skriv å lese for å få oppsummert hva som ble sagt under pasientsamtalen. Også pårørende kan lese skrivet om ønskelig, og slik skaffe seg informasjon om hva som ble sagt. Videre har mange pasienter høy terskel for å ringe til behandlende lege eller sykepleier for å få informasjon, og for disse pasientene vil et slikt skriv ha stor verdi. Det som imidlertid er meget viktig i et slikt skriv, er at informasjonen er korrekt og forståelig for pasienten. Dermed er det inneforstått at det vil ta tid å skrive dette sammendraget. Per dags dato har avdelingen gitt uttrykk for at det vil være vanskelig å gjennomføre dette uten å opprette nye stillinger og ansette flere. Videre er det verdt å nevne at dette skrivet ikke vil påvirke hvordan leger overleverer tunge nyheter til pasienter.

Det siste tiltaket vi evaluerte var å innføre skriftlige retningslinjer for legene. Dette er et kostnadsfattig, lite tidskrevende og lett gjennomførbart tiltak. Det vil være enkelt å gi nye leger et skriv med retningslinjer som han eller hun kan gjennomgå med en mer erfaren kollega i forkant av en samtale der det skal overleveres tunge nyheter. Dette er en enkel måte å kvalitetssikre prosessen på. Svakheten med dette tiltaket er at det ikke gir legene muligheten til å øve på selve prosessen, og at

retningslinjene bare dekker noen formelle aspekter. Man kan aldri være helt sikker på hvordan en pasient vil reagere, og kan ikke nedskrive alle eventuelle muligheter for hvordan best håndtere pasienten i forhold til reaksjon.

Hva velger vi og hvorfor?

Vi mener det vil være hensiktsmessig å lage retningslinjer legene kan følge når de skal overlevere dårlige nyheter. Vi utarbeidet selv retningslinjene basert på samtaler med avdelingen (vedlegg 1). Innføring av retningslinjer er kostnadsfattig, lett gjennomførbart og vi håper at det vil ha stor nytteeffekt i forhold til hvor mye arbeid som kreves for å gjennomføre det. Et mål bør være at nye, men også erfarne, leger kan bruke retningslinjene som en veileder ved formidling av dårlige nyheter. På denne måten kan man kanskje sikre et minimumsnivå for hvordan slik kommunikasjon bør foregå. Indikatorvalget vårt som innebærer en kontroll av at retningslinjene følges, ved hjelp av et spørreskjema sykepleieren fyller ut, vil også kunne fungere som et tiltak der man øker fokuset på denne typen problemstillinger. Vårt forslag til tiltak ble også positivt mottatt på avdelingen.

Implementering

Tiltaket vårt, retningslinjer med jevnlig vurdering, kan innføres relativt enkelt på følgende måte:

Retningslinjene deles ut til leger og sykepleiere på avdelingen og fortløpende til nye ansatte. Avdelingsoverlegen har ansvaret for at dette gjennomføres. De nye legene bør bruke denne listen som en forberedelse til sine første samtaler, og hvis nødvendig diskutere punktene med en mer erfaren lege. Med dette ønsker vi at nye leger blir bevisste hvordan samtalen bør foregå på avdelingen.

For å evaluere vårt tiltak har vi valgt å utarbeide et spørreskjema som korrelerer med de standardiserte retningslinjene som vi foreslår innført (vedlegg 2). Som beskrevet under indikatorvalg velger vi å benytte sykepleierrapportering som indikator. Vi har valgt en syklisk tilnærming ved at sykepleierne fire uker hvert halvår, gjerne i februar og september, skal vurdere legenes evne til å overholde retningslinjene ved å bruke spørreskjemaet utarbeidet i denne oppgaven. De skal i disse ukene bruke noen minutter direkte etter hver samtale til scoringen. Sykepleierne som gjør denne vurderingen er enten kreftsykepleier eller en sykepleier fra utredningsgruppa. Etter fire uker går man gjennom spørreskjemaene og ser om retningslinjene overholdes, og om det er rom for forbedring. I løpet av fire uker vil dette som regel utgjøre mellom 15 og 20 skjemaer.

Spørreskjemaet skal som nevnt ha spørsmål som direkte korrelerer med retningslinjene for god kommunikasjon ved formidling av dårlige nyheter. Enkle ja/nei-spørsmål poengteres med ett poeng for "ja", null poeng for "nei". For de mer komplekse spørsmålene har vi utarbeidet en poengskala fra 0-3 med utdratt positiv ende av skalaen. Dette for lettere å skille mellom de som kommuniserer godt og de som kommuniserer svært godt. Maks poengsum er 31 poeng. I tillegg har vi et "Kommentar"-felt der sykepleier kan legge til egne observasjoner og tanker rundt samtalen. Her kan han eller hun også foreslå forbedringer eller endringer. Vi ser for oss at dette kan være særlig nyttig dersom en lege får lav poengscore.

Etter at skjemaene er vurdert skal avdelingsoverlegen kalle inn legene og de aktuelle sykepleierne og summere opp resultatet og gjerne skape en diskusjon rundt temaet. Vi er i hovedsak interessert i å

kartlegge hvor vidt retningslinjene etterleves. Selv om resultatet viser at man allerede overholder retningslinjene bør man alltid prøve å strekke seg til å bli enda bedre, og hele tiden ha en åpen dialog om hva som burde vært gjort annerledes. Man bør også åpne for forslag til forbedring av retningslinjene eller spørreskjemaet som brukes.

Evaluering

Evaluering av vårt tiltak gjøres gjennom sykepleierrapportering. Vi mener dette vil være best for objektivt å kunne vurdere situasjonen, både fra et medisinskfaglig og en pasients perspektiv. For å gjøre evalueringen praktisk gjennomførbart både tidsmessig og økonomisk mener vi at et standardisert spørreskjema er den beste veien å gå. Skjemaet skal være raskt og enkelt å fylle ut. Det skal dessuten være mest mulig reproducerbart. Dette gjøres gjennom enkle og objektive spørsmål.

Det ville blitt mye arbeid for avdelingen dersom skjemaene skulle fylles ut etter hver eneste pasientsamtale der dårlige nyheter ble formidlet. I stedet for fortløpende rapportering har vi valgt å innføre to årlige "kontrollperioder". Vi ønsker at kontrollperiodene skal være representative for hovedparten av avdelingens virksomhet. For å sikre oss dette har vi valgt å legge kontrollperiodene til tider på året der det er relativt høy sykehusaktivitet, og man kan regne med at de fleste fast ansatte er på jobb. De utvalgte periodene er fire uker i februar og fire uker i september hvert år. Totalt vil man kontrollere åtte uker av sykehusets normale drift.

Tanken er at evalueringen kan ha dobbelt formål. For det første vil kontrollperiodene fungere som en påminnelse på retningslinjene og bevisstgjøre både leger og sykepleiere på viktigheten av god kommunikasjon ved formidling av dårlige nyheter. For det andre vil evalueringen kunne sikre et "minimumsstandard" for alle pasientsamtaler der dårlige nyheter blir formidlet. Dersom avdelingen ender med et lavt snitt vil man kunne gå inn og arbeide mer rundt bevisstgjøring av retningslinjene. Dersom en lege skiller seg spesielt ut enten i positiv eller negativ forstand vil man kunne benytte denne kunnskapen i forbedringsprosessen. Man vil også få et snitt som det er enkelt å sammenlikne over tid. Slik blir det lettere å kvalitetssikre at de gode rutinene som nå finnes på avdelingen, også opprettholdes i fremtiden.

Diskusjon

Formidling av dårlige nyheter kan forståelig nok være et ømfintlig og vanskelig tema å ta opp i en avdeling. Det omhandler den enkelte helsearbeiders evne til god kommunikasjon, pasientforståelse og andre personlige egenskaper, i motsetning til prosedyrer som heller krever praktisk trening. Av den grunn vil det naturligvis være en del utfordringer i arbeidet når man ønsker å forbedre kommunikasjon av dårlige nyheter. Likevel var møtet med avdelingen vi jobbet med svært positivt og mange var velvillige til å snakke om temaet.

Vi fikk et bra inntrykk av rutinene avdelingen hadde for formidling av dårlige nyheter, men som tidligere nevnt var ingenting nedskrevet. Vi valgte derfor å lage et skriftlig materiale som kunne deles ut til nye leger ved avdelingen, slik at de får mulighet til å sette seg inn i retningslinjene for denne typen oppgaver. I tillegg vil de fungere som et håndfast materiale som både sykepleiere og erfarne leger kan lene seg på dersom man opplever at rutiner ikke følges.

Når det gjaldt kunnskapshåndteringsdelen fant vi ingen klare tiltak som hadde vist å ha signifikant, målbar effekt. Tiltaket vi har utarbeidet er derfor basert på avdelingens ønsker og ideer. En innvendig kan selvsagt være at vi kan vise til litteratur som underbygger at vårt foreslåtte tiltak har effekt. Et motargument vil være at manglende kunnskapsgrunnlag ikke bør være et hinder for at man prøver å forbedre seg. Samtidig er erfaringer fra avdelingen også en form for kunnskapsgrunnlag som bør vektlegges.

På pasientsikkerhet.no (14) oppgis det at innføring av nye retningslinjer generelt er et tiltak som gir dårlig effekt. Vårt tiltak er imidlertid ikke en innføring av nye retningslinjer, men derimot en skriftliggjøring av allerede eksisterende, innarbeidede og velfungerende rutiner. Standardisering av prosesser er regnet som et meget effektivt tiltak hos samme kilde. Vi tror dette kan ha en effekt ved i det minste å etablere en minimumsramme for hvordan dårlige nyheter formidles, slik at man kan unngå de mest åpenbare kommunikasjonsmessige bruddene. Dette gir forhåpentligvis mer stabile resultater. Vi håper dessuten at retningslinjene kan være et hjelpemiddel for nye leger som trenger en kort innføring i hva som er viktig å tenke over når man står ovenfor denne typen utfordringer.

Det er selvsagt en viss fare for at disse retningslinjene drukner i alle andre papirer og prosedyrer man må sette seg inn i som ny lege ved en avdeling. Vårt håp er imidlertid at legen i alle fall leser gjennom papiret og blir klar over at det finnes slike retningslinjer. Bruk av en sjekklister i form av spørreskjemaet to ganger i året håper vi kan være en måte å sikre fortsatt videreføring av retningslinjene, samt bevisstgjøring rundt og fokus på temaet. Det vil dessuten fungere som en lett reproducerbar indikator for hvorvidt retningslinjene blir fulgt fremover i tid. Dermed fungerer retningslinjene sammen med sjekklister som en primitiv monitorering av noen aspekter ved kommunikasjonen. Bruk av sjekklister blir på pasientsikkerhet.no vurdert som et forbedringstiltak med moderat effekt.

Noen vil kanskje mene at det hadde vært et bedre tiltak å tilby alle nye leger et kommunikasjonskurs med fokus på formidling av dårlige nyheter. En norsk studie viste at slike kurs til en viss grad økte legenes mestringstillitt (8). På sykehuset der vi gjennomførte forbedringstiltaket vårt har man imidlertid forsøkt innføring av slike kurs tidligere. Av ulike årsaker klarte man ikke å gjennomføre dette, og å foreslå dette som et tiltak hadde dermed vært lite hensiktsmessig. Av andre mulige tiltak ble det foreslått å sende med pasienten skriftlig materiale fra samtalen. Imidlertid gav avdelingen uttrykk for at dette vil være vanskelig gjennomførbart i en travel sykehushverdag, og vi valgte derfor ikke å foreslå dette.

Når det gjelder implementering og organisering krever tiltaket vårt lite ekstra ressurser, og personalet på avdelingen har selv sagt at de tror dette kan være mulig å gjennomføre. Det kan selvsagt bli en utfordring å sørge for at kontrollen av bruk av retningslinjene følges skikkelig opp og at man foretar nye grep dersom man i fremtiden opplever en dalende kvalitet på måten dårlige nyheter blir formidlet på i avdelingen. Her vil ansvaret måtte ligge på avdelingen selv, som må igangsette tiltak dersom de opplever at retningslinjene ikke følges. Hvordan dette skal gjøres faller imidlertid utenfor rammene av vår oppgave.

Det gjenstår selvsagt å finne ut om vårt forslag faktisk vil kunne fungere som en kvalitetssikring for formidling av dårlige nyheter. Vi har tro på at økt fokus og implementering av retningslinjer og sjekklister vil føre til en forbedring/opprettholdelse av gode rutiner for formidlingen, og vi mener prosjektet bør gjennomføres på avdelingen. Arbeidet vårt er nok for lite forankret i litteraturen og for

mye spesielt tilpasset den avdelingen vi jobbet med til at en publisering vil være aktuelt. Vi håper likevel at disse retningslinjene og denne modellen kan være et utgangspunkt for andre avdelinger som ønsker en forbedring eller kvalitetssikring på dette området.

Litteraturliste

- 1) www.kunnskapsegget.no
- 2) Figg W.D., Smith E.K., Price D.K., et.al. Disclosing a Diagnosis of Cancer: Where and How Does It Occure? J ClinOncol. 2010. Aug;28(22): 3630-5.
- 3) Loge J.H., Kaasa S., Hytten K. Disclosing the Cancer Diagnosis: the Patients' Experiences. Eur J Cancer. 1997; 33(6): 878-882.
- 4) Paul C.L., Clinton-McHarg T., Sanson-Fisher R.W., et.al. Are we there yet? The state of the evedience base for guideleines on breaking bad news to cancer patients. Eur J Cancer. 2009 Nov;45(17):2960-6.
- 5) Fujimori M., Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. Jpn J ClinOncol. 2009 Apr;39(4):201-16.
- 6) Roter D.L., Hall J.A., Kern D.E., et.al. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. Arch Intern Med. 1995 Sep 25;155(17):1877-84.
- 7) Walsh R.A., Girgis A., Sanson-Fisher R.W. Breaking Bad News 2: What Evidence Is Available to Guide Clinicians?,Behav Med. 1998;24:61-72.
- 8) Gulbrandsen P., Jenssen B. F., Finset A. Endring i mestringstillitt hos sykehusleger etter kurs i klinisk kommunikasjon. Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:2343-6.
- 9) Campbell E.M., Sanson-Fisher R.W. Breaking bad news. 3: Encouraging the Adoption of Best Practices. Behav Med 1998;24:73-80.
- 10) Freemantle N., Harvey E. L., Wolf F., et.al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000.
- 11) Buckman R.A. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncology 2005;2: 138-42.
- 12) Rabow M.W., McPhee S.J. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. WJM 1999;171: 260-263.
- 13) Okamura H., Uchitomi Y., Sasako M., et.al. Guidelines for telling the truth to cancer patients. Japanese National Cancer Center. Jpn J ClinOncol. 1998 Jan;28(1):1-4.
- 14) Pasientsikkerhet.no. Årsaksanalyse. <http://www.pasientsikkerhet.no/arsaksanalyse-av-uonskede-hendelser> (13.12.2010)
- 15) Schreiner A Kom i gang: Kvalitetsforbedring i praksis, Skriftserie for leger, Den Norske Legeforening Oslo, 2004

Retningslinjer for samtale om alvorlige diagnoser/triste nyheter

Praktiske hensyn

- Nok tid avsatt
- Egnet rom
- "Samtale pågår"-skilt på døra
- Pasient oppfordret til å ta med pårørende
- Pasient informert og forberedt på forhånd; skal vite at prøvesvar foreligger og at denne samtalen skal brukes til å informere om svarene
- Pasient skal ha tilgang på drikke og papirlommetørkle

Folkeskikk

- Hilse på pasienten først, deretter pårørende
- Blikkontakt
- Calling av
- PC av, med mindre man skal vise relevant informasjon
- Ikke snuse/tygge tyggis eller liknende

Selve samtalen

- Erfaren lege, eller ny lege sammen med erfaren lege
- Så sant som mulig skal legen som informerer ha møtt pasienten tidligere i utredningen og kjenne pasientens sykehistorie
- Lege og sykepleier snakker sammen på forhånd, legger en plan for samtalen
- Lege og sykepleier går inn i rommet sammen
- Begynne med å kartlegge pasientens egne tanker og bekymringer
- Lett forståelig språk
- Åpne for spørsmål underveis
- Gi tid til at informasjon synker inn. Kan tillate seg perioder med taushet.
- Samtalen skal ikke bare inneholde informasjon om diagnosen, men også hva de kan vente seg videre og bivirkninger av eventuelle behandling som skal startes

Oppfølging

- Tilbud og informasjon om aktuell oppfølging
- Sende med kontaktinformasjon

Følges retningslinjene for god kommunikasjon ved formidling av dårlige nyheter?

Evaluerer av retningslinjer for god kommunikasjon ved samtaler mellom lege og pasient der det formidles triste nyheter. Skjema fylles ut av sykepleier i etterkant av samtalen. To årlige kontrollperioder, hver februar og september. Alle pasientsamtaler i dette tidsrommet skal evalueres. Ferdigutfylt skjema med utregnet total poengsum leveres til avdelingssykepleier etter pasientsamtalen

Praktiske hensyn og forberedelser	Ja	Nei
Sett 1 hvis "ja", 0 hvis "nei"		
1. Foregikk samtalen i et egnet samtalerom?	1	0
2. Var det hengt opp "samtale pågår" skilt på døren?	1	0
3. Var drikke og papirlommetørklær tilgjengelig for pasient?	1	0
4. Hadde pasienten på forhånd fått informasjon om samtalen karakter? <small>Prøvesvar foreligger, diagnosen skal nå diskuteres osv</small>	1	0
5. Hadde sykepleier eller lege oppfordret pasienten til å ta med pårørende?	1	0
6. Hadde sykepleier og lege snakket sammen på forhånd og lagt en plan for samtalen?	1	0
7. Fikk pasienten tilbud om videre oppfølging, og ble det utdelt skriftlig kontaktinformasjon?	1	0
Poengsum maks 7 poeng	=	0

Legens funksjon og rolle	Ja	Nei
Sett 1 hvis "ja", 0 hvis "nei"		
1. Hadde legen møtt pasienten tidligere i utredningen?	1	0
2. Ble samtalen gjennomført av en erfaren lege? <small>evt en ny lege sammen med en erfaren lege</small>	1	0
3. Hilste legen på pasient og pårørende før samtalen begynte?	1	0
4. Hadde legen skrudd av callingen under samtalen?	1	0
5. Var PC'en avslått så lenge ikke relevant informasjon ble vist?	1	0
6. Hadde legen satt av tilstrekkelig tid til samtalen?	1	0
Poengsum maks 6 poeng	=	0

Vurdering av kommunikasjonen i samtalen	1 liten grad	1 moderat grad	1 stor grad	1 svært stor grad	
Sett poengsum, ikke kryss	0 poeng	1 poeng	2 poeng	3 poeng	
1. I hvilken grad hadde legen blikkontakt med pasient?	0	1	2	3	
2. I hvilken grad fikk legen kartlagt pasientens egne tanker og bekymringer rundt diagnosen?	0	1	2	3	
3. I hvilken grad brukte legen et lett forståelig språk?	0	1	2	3	
4. I hvilken grad åpnet legen for spørsmål underveis?	0	1	2	3	
5. I hvilken grad fikk pasienten tid til å la ting synke inn?	0	1	2	3	
6. I hvilken grad ble pasienten informert om veien videre? <small>Behandlingsalternativer, oppstartsdato for behandling, mulige bivirkninger med mer</small>	0	1	2	3	
Poengsum Min 0 poeng, maks 18 poeng	0	+	+	+	=

Total poengsum	Legg sammen poengene fra de tre overstående evalueringene
Praktiske hensyn og forberedelser	
Legens funksjon og rolle	+
Vurdering av kommunikasjonen i samtalen	+
Total poengsum maks 31 poeng	= /31

Kommentarfelt
evt utfyllende kommentarer noteres her