

Ugeskr Læger 2002;164(13):1821

Retningslinier for den alvorlige samtale

Et kvalitetssikringsarbejde på egen afdeling

KVALITETSSIKRINGSARTIKEL

Ole Skat Nielsen, sygeplejerske Ida Høgh & Morten Charles

En stor del af klagesagerne til Patientklagenævnet udspringer af mangelfuld kommunikation mellem patienter og læger. På vor afdeling blev dette tydeliggjort af to påtaler efter lægelovens § 6, hvorefter afdelingsledelsen besluttede, at den alvorlige eller den vanskelige samtale skulle gøres til et indsatsområde for afdelingen i form af et tværfagligt undervisningsprojekt om emnet.

Læger er trænet i den form for kommunikation, der lægger vægt på at opnå information med henblik på at stille diagnoser og informere om behandlinger og bivirkninger, altså faktuelle oplysninger. De er i mindre grad trænet i samtaler, som afdækker patienternes lidelse og angst, og det er dokumenteret, at yngre læger behøver undervisning i emnet, såvel prægraduat som postgraduat (1). Læger kan således føle modstand mod at opleve egen afmagt eller ligefrem tro, at patienterne får det værre af, at angst og lidelse omtales, og at oplevelsen anerkendes. Denne del af lægens arbejde er sparsomt beskrevet (2), og der mangler forskning om dels formidlerens dels modtagerens opfattelse af vigtigheden af de rette trin i at viderebringe alvorlige oplysninger. Der savnes kriterier for minimumskompetencer på området. Endelig mangler der kontrollerede undersøgelser for at måle effektiviteten af indførte retningslinjer og af effektiviteten af eksisterende retningslinjer (3).

Gennemførelse af projektet

I 1995 var der kommunikationsproblemer og forskellige holdninger til kommunikation mellem lægerne og plejegruppen, hvorfor der blev udarbejdet et undervisningsprogram, ligesom det blev besluttet, at undervisningen skulle være tværfaglig. Formålet med undervisningen var at give et fælles grundlag for formidlingen af den alvorlige eller svære besked, hvorved forstås en besked om en diagnose eller en tilstand, som griber eksistentielt ind i patientens liv. Undervisningen er blevet afholdt hvert halve år for alt nyansat personale. Den varer to timer, og forestås af afdelingens administrerende overlæge.

Siden starten i 1995 har der været gennemført 12 undervisningsforløb. Til de seneste seks har personale fra samarbejdende afdelinger på sygehuset samt sygehusets medicinske studenter været inviteret. I alt 200 personer har deltaget i forløbene. Der har været fra otte til 24 deltagere i hvert forløb. Hovedparten af deltagerne har været sygeplejersker og sygeplejestuderende, mens deltagelsen fra lægesiden har været skuffende lav med fra nul til tre deltagere. En mulig forklaring herpå kan være, at deltagelse i undervisningen i 11 af forløbene har været ulønnet og placeret i aftentimerne. Den er nu flyttet til eftermiddagstimerne.

Undervisningsformen har været katedral, således at det er sikret, at det valgte pensum er blevet gennemgået, men med opfordring til afbrydelser og dialog

samtid til korte diskussioner. Dette har betydet, at undervisningen ikke har været helt ens fra hold til hold, men delvis har været styret af holdenes behov, dog således at alle de figurer, der er vist i denne artikel er blevet gennemgået som et minimum. Hjørnestenen i undervisningens budskab er *Robert Buckmans* praktiske råd om kommunikation (4).

Der lægges vægt på tre basale hovedpunkter for at få samtalen til at forløbe tilfredsstillende. For det første skal personalet have evnen til at lytte. Mange læger forestiller sig, at det er meget tidskrævende, at patienten indleder samtalen (*Fig. 1*). Det er ikke vor erfaring, og der er heller ikke belæg for det i litteraturen (5). Hovedvægten i undervisningen lægges på at understrege evnen til at lytte, idet det er forudsætningen for at begribe patientens tankeverden og for at kunne respondere empatisk. Herved får lægen mulighed for at få indtryk af den unikke person, der kommunikerer med, hvorved kommunikationen kan foregå med patientens forudsætninger som grundlag. For det andet handler det om patientens synsvinkel og angst for sygdommen (*Fig. 2*). Ordet angst bruges bevidst for i respekt for *Kierkegaard* at understrege, at angsten er eksistentiel. Eksemplerne i *Fig. 2* er konkrete eksempler på angstfyldte situationer, som patienterne kan være udsat for. I undervisningen bruges konkrete eksempler med ofte to forskellige patienttyper, nemlig den unge mor med nydiagnosticeret brystkræft og den gamle patient med nydiagnosticeret kræft i blærehalskirtlen. Dette gøres for at understrege forskellene i, hvad der skaber angst hos forskellige personer med forskellige livserfaringer. Læger har i almindelighed et dårligt kendskab til patienters ønske om information. De er ikke opmærksomme på, at patienterne næsten altid ønsker at vide mest muligt om deres sygdom, også om årsag, behandling og prognose. Desuden er der ikke i almindelighed viden om, at usikkerhed ofte er den største årsag til patienternes følelsesmæssige stressreaktioner (3). For det tredje handler det om, hvordan personalet påvirkes af at skulle foretage en samtale med en patient, der for første gang får at vide, at der er tale om en alvorlig lidelse (*Fig. 3*). Lægens egne emotionelle reaktioner er en vigtig, men ofte undervurderet faktor i behandlingen af patienten, måske fordi der kun er udført få undersøgelser af dette (6). Figuren diskuteres under gennemgangen af de enkelte punkter for at understrege, at ikke kun patienten kan have et problem ved at gennemføre den alvorlige samtale, men at personalet også kan have indbyggede anfægtelser, der kan være barrierer for god kommunikation. Formålet med figuren er således at lægge op til selvrefleksion og til en øget selvindsigt i egen frygt, med det formål at bedre samtalen ved at være opmærksom på denne frygt.

Vi har valgt at tale om patienternes angst, idet den ofte vil være eksistentiel, og om personalets frygt, som udløses af den givne situation.

Til forståelse af patientens reaktioner anvendes *Buckmans* 3-stadiemodell, som, vi finder, giver et bedre billede af patientens reaktioner end *Kübler-Ross'* klassiske model (7) (*Fig. 4*). Det understreges, at patienterne er så prægede af den hurtige vekslen af følelser i det tidlige stadie, at megen information ikke vil blive opfattet, men at der ofte vil være behov for en opfølgende samtale.

I undervisningen lægges der vægt på, at det centrale er at imødekomme patientens behov ved at lytte, hvorfor der bruges tid på at diskutere de basale lyttestrategier (*Fig. 5*). Vi har ikke mulighed for altid at tilbyde optimale fysiske rammer, men det indskræmpes, at den alvorlige samtale skal finde sted i et separat rum, hvor der ikke er andre til stede end patienten og en pårørende samt lægen og sygeplejersken. Der lægges vægt på at øge kendskabet til det empatiske gensvar, idet der herved gives plads til, at patienten kan forstå, at samtalen hviler på en gensidig anerkendelse af hinanden som ligeværdige

personer, men med fagligheden til forskel.

Herefter diskuteres de øvrige vigtige faktorer i forbindelse med at overbringe en dårlig besked i relation til den viden, som patienten er i besiddelse af, og de ønsker, som patienten har til viden (*Fig. 6*).

Overbringelsen af de lægelige oplysninger kan foretages ud fra de konkrete råd i *Fig. 7*. Vore retningslinjer svarer til *Maguires* anbefalinger om måden, hvorpå en kirurg kan overbringe dårlige nyheder (8). Lægeforeningens kommunikationskurser hviler primært på hans mange arbejder om dette emne, men er mere personligt udviklende med videodokumenterede øvelser end vi har kunnet finde mulighed for inden for afdelingens daglige arbejde med hurtigt skiftende personalesammensætning.

Vore retningslinjer er også i overensstemmelse med de anbefalinger, som Dansk selskab for almen medicin har udarbejdet for den motiverende samtale (9).

Hvad viste projektet?

Afdelingsledelsen vurderer, at der har været effekt af indsatsen med at undervise i retningslinjer for den alvorlige samtale, idet alle patienter får tilbudt en samtale, som gennemføres. I afdelingens indlæggelsesbrochure bliver patienterne opfordret til at efterspørge samtaler. Samtalerne gennemføres som anført nedenfor. De journalføres både i lægejournalen og sygeplejersjournalen, så der kan gives relevant opfølgning på samtalerne også efter vagtskifte.

Efter telefoninterview med ti yngre læger er indtrykket, at yngre læger generelt er glade for det fokus, der på denne måde kommer på kommunikationen med patienterne. Den første dag på afdelingen overrækkes noterne til undervisningen i den alvorlige samtale af den administrerende overlæge. Senere er der undervisning i emnet, med tidspunktet fastsat i god tid. Dette gør, at den yngre læge fra starten ikke er i tvivl om, at dette emne prioriteres højt på afdelingen.

Det har ikke været kutyme tidligere, at der blev undervist i den alvorlige samtale på medicinstudiet. Mange har derfor været glade for undervisningen, men en del har ikke kunnet møde op pga. vagtarbejde, børnepasning og lang afstand til undervisningsstedet. De, der har deltaget i undervisningen, vurderer, at de har fået gode redskaber til samtaler med patienter og pårørende. Selvom den alvorlige samtale foretages oftest af afdelingens ældre læger, men det er de yngre lægers indtryk, at opmærksomheden på kommunikation og den alvorlige samtale har en positiv indflydelse på forholdet til patienterne på afdelingen.

Plejegruppen vurderer det som meget vigtigt at kunne gennemføre disse samtaler i et tværfagligt regi i gensidig respekt for hinandens faglighed. Ved at have denne praksis er der skabt en kultur i afdelingen, der gør det lettere at deltage i samtalerne. Dette er dokumenteret i afdelingens personaletilfredshedsundersøgelse fra 1997, der omfattede alle ansatte, og hvori det blev dokumenteret at deltagelse i undervisningen i den vanskelige samtale befordrer en gradvis ændring af miljøet på afdelingen, således at den personlige kompetence i kommunikation opfattes som en kernekompetence for personalet.

Fra tidligere at afholde sig fra at deltage i samtalerne pga. usikkerhed er det nu en selvfølgelighed som sygeplejerske at deltage. Personalet føler sig mere

sikre og udøver en højere grad af sygeplejekvalitet inden for de i forvejen ydede opgaver på afdelingen (10). Ved en fælles indsats på dette område, opnås dels en større faglig tilfredsstillelse, dels en bedre kvalitet i plejen samt et bedre arbejdsmiljø.

Det er således vor samlede vurdering, at det udviklede undervisningsprogram opfylder sit formål. Programmet svarer til de senere udgivne australske retningslinjer (11), men er konkretiseret til vor afdeling og afdelingens behov.

Hvordan udnyttes erfaringerne?

Efter projektets indførelse er der opstået konsensus i afdelingen om, at en alvorlig samtale skal foregå med deltagelse af fire personer, nemlig patienten, dennes pårørende, lægen samt en sygeplejerske. Patienten bestemmer samtaleindholdet, rådgivet af den pårørende samt lægen og sygeplejersken. Derved kan patienten få afklaret sine spørgsmål og sin tvivl, og lægen kan motivere fremtidige undersøgelser ud fra patientens kendskab til sin sygdom.

På afdelingen er der opstået konsensus om det tilladelige i, at samtalen evalueres tværfagligt mellem lægen og sygeplejersken.

Hvad kan andre lære af projektet?

Det er en ledelsesopgave at skabe et forum for diskussion af holdninger til og færdigheder i emnet den vanskelige samtale. Herved kan afdelingens værdier og holdninger til kommunikation klargøres, således at kommunikationen bedres.

Der findes ikke officielle, troværdige retningslinjer, som giver klar besked om indholdet og vigtigheden af den bedste kliniske fremgangsmåde ved den vanskelige samtale. Det er derfor nødvendigt at arbejde med frembringelsen af sådanne (12). Vort projekt har været et forsøg på at tilvejebringe retningslinjer til brug på egen afdeling.

Generelt mangler der udviklede systemer til opnåelse af feedback og til opsamling af data, der omhandler effekten af den vanskelige samtale. Vi har forsøgt at åbne for muligheden for feedback ved at fire personer deltager i samtalen, men har ikke kunnet udvikle en dataopsamling. Kommunikation er svært og kan give anledning til øgede problemer.

Ved at bruge retningslinjer - selv simple og grove - opnår den ansatte øget kompetence. Desuden øges muligheden for at lære mens der arbejdes. En ekspert på dette felt er ikke en, der altid gør det rigtige - men en, der ikke altid gør det forkerte. Eksperten bliver bedre og bedre til at klare egen forfjamskelse og forvirring (4).

Reprints not available. Correspondence: *Ole Skat Nielsen*, Drosselvej 3, DK-8600 Silkeborg.

E-mail: skatn@dadlnet.dk

Antaget den 1. november 2001.
Silkeborg Centralsygehus, parenkymkirurgisk afdeling P.

Litteratur

1. Nielsen D, Schmidt L. Videregivelse af alvorlige nyheder - de yngste lægers erfaringer og holdning. Ugeskr Læger 1977; 159: 2862-6.

2. Svarre HM, Würtzen H. Samtaler med den døende patient. Ugeskr Læger 2000; 162: 5762-4.
3. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. J Clin Oncol 1995; 13: 2449-56.
4. Buckman R. Communication in palliative care: a practical guide. I: Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1996.
5. Blau JN. Time to let the patient speak. BMJ 1989; 298: 39.
6. Graugaard PK, Finset A. Lægens følelser. Ugeskr Læger 1998; 160: 1927-31.
7. Kübler-Ross E. On death and dying. London: Tavistock Publications, 1970.
8. Maguire P. Breaking bad news. Eur J Surg Oncol 1998; 24: 188-9.
9. Dansk selskab for almen medicin. Den motiverende samtale. Ugeskr Læger 2001; 163 (suppl 1).
10. Willumsen M. Den svære samtale. Sygeplejersken 1998; 7: 14-6.
11. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: current best advice for clinicians. Behav Med 1998; 24: 53-9.
12. Campell EM, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: encouraging the adaption of best practices. Behav Med 1998; 24: 73-9.

Tilbage

Praktisk kommunikation

1. Lyt
2. Gor formålet klart
Skal du viderebringe en dårlig nyhed?
Er det en terapeutisk kommunikation?
3. Hvem kommunikeres der med?

Fig. 1. De tre hovedpunkter i kommunikation.

Tilbage

Patienternes angst

- Angst for den fysiske sygdom
Symptomer – smerte, kvalme
Handicap – stomi, deformiteter, lammelser
- Angst for den psykologiske påvirkning
Kan jeg klare at leve med sygdommen?
Bryder jeg sammen?
Bliver jeg sindssyg?
- Angst for døden
Eksistentielle problemer
Religiøse overvejelser
- Angst for behandlingen
Bivirkninger – smerter, skaldethed
Kirurgi – smerter, mutilation, ændret kropsofattelse
- Angst for familie og venners reaktion
Seksuelle funktioner og signaler
Byrde for dem
Røletab
- Angst for økonomi, social status og arbejde
Beholdes arbejdet
Udgifter til medicin
Sat udenfor

Fig. 2. Hovedområder til vurdering af patienternes angst.

Tilbage

Påvirkninger af den professionelle

Ubehag

Stress er normal i samværet med et oprevet menneske
Insufficiensfølelse

Frygt for kritik

Være den, der bringer et dårligt budskab
Følelse af fejl, når behandlingen ikke hjælper

Frygt for det ikke lærte

Vi har behandlingsstandarder
Vi har ikke standarder for kommunikation

Frygt for at udløse en reaktion

Manglende træning i hvad vi gør ved vrede, gråd og andre reaktioner

Frygt for at erkende manglende viden

Ikke tilladt i eksamenssituationen
Ikke tilladt i akutte behandlingssituationer

Frygt for at udtrykke følelser

Trænes i ro i akutte situationer

Frygt for sygdom og død

Vælges faget for at benægte egen skrøbelighed!

Frygt for hierarkiet

Afdelingens holdning til emnet

Fig. 3. Den professionelle frygt i forbindelse med den alvorlige samtale.

Tilbage

3-stadium-modellen

Tidligt stadium

Frygt, angst, vrede, chok, vantro, benægtelse, skyld, humor, håb, forcvivelse, købslåen
Alt i hurtig vekslen

Kronisk stadium

Udjævning og mindsket intensitet af følelserne

Slutstadium

Defineret af patientens accept af døden, men ikke en nødvendighed

Fig. 4. Buckmans 3-stadium-model til beskrivelse af patientens reaktioner.

Tilbage

Basale lyttefærdigheder**Fysiske rammer**

Introduktion. Giv hånd til 1: patienten, 2: pårørende

Sid i samme øjenhøjde

Kritisk afstand og kropssprog

Berøring

Hjælpeteknikker

Lad patienten tale uden afbrydelser

Opfordre patienten til tale ved nik, »grynte«

Pauser med tavshed

Gentag og resumer

Empatisk gensvar

1. Identificer patientens følelse

2. Identificer årsagen til følelsen

3. Svar, så patienten er sikker på, at du kan se forbindelsen mellem følelse og årsag

Fig. 5. De basale lyttefærdigheder.

Tilbage**Patientens viden og ønske om at vide**

Hvad ved patienten om sin sygdom?

Brug fx et af følgende spørgsmål:

Hvad ved du om din sygdom?

Hvad fortalte dr. X dig om din sygdom?

Hvilke spekulationer gør du dig om din tilstand?

Hvad tror du, at du fejler?

Læg mærke til patientens svar med henblik på:

Benægtelse, sand eller falsk

Ordvalget i svaret

Det følelsesmæssige indhold i svaret, verbalt og non-verbalt

Hvad ønsker patienten at vide

Ikke muligt at forudsige – spørg for eksempel:

Vil du have alle oplysninger om din diagnose?

Vil du have alle oplysninger eller et overblik?

Vil du selv have alle oplysninger, eller ønsker du hellere, at en anden får dem?

Fig. 6. Spørgsmål til afklaring af patientens ønske om information.

Tilbage

Overbringe de lægelige oplysninger**Udligning**

Bekræft patienten i de korrekte udsagn

Uddan patienten

Oplys ud fra det etablerede fælles grundlag
Skab sikkerhed for at de lægelige facts forstås
Gør ikke pludselige spring

Informér i små bidder

Patienterne blokerer efter en alvorlig besked
Forbered patienten ved at advare. Fx: Situationen er mere alvorlig end ...

Tal dansk**Kontroller forståelsen**

Fx: Forstår du min forklaring?
Hør du spørgsmål nu?

Forstærk informationen

Få patienten til at gentage
Brug tegninger og gentag selv

Lav en fælles dagsorden

Skab sikkerhed for, at der er fælles mål med samtalen
Lyt efter de skjulte spørgsmål og lad patienten afbryde
Lad patienten lede

Responder på patientens følelser

Empatisk gensvar

Organiser og planlæg

Planlæg indsatsen
Resumer – oplæs journalnotatet

Fig. 7. Konkrete råd til overbringelsen af lægelige oplysninger.

UGESKRIFT FOR LÆGER

Ugeskriftet betinger sig ret til at opbevare og publicere artikler (tekst og illustrationer) også i elektronisk form, fx via cd-rom og Internettet.

Eftertryk eller anden mangfoldiggørelse af Ugeskriftets tekst og illustrationer er kun tilladt med skriftlig tilladelse fra forfatter og redaktion og anførelse af Ugeskrift for Læger som kilde.

Gengivelse af informationer eller citater fra Ugeskriftet må tidligst offentliggøres på datoen (mandage) for det pågældende nummers udgivelse og med angivelse af Ugeskrift for Læger som kilde.