

Kommunikasjon mellom kreftpasient og lege

REDAKSJONELT

KAASA S

KUNNSKAP OG HOLDNINGER

Kreft vil av de fleste oppleves som en trussel om død. Trolig er ingen annen sykdom så sterkt forbundet med et slikt stigma, og dette fenomenet er observert i ulike kulturer (1).

Å ha kreft er beskrevet som en serie av forventede psykososiale kriser (2). For legene representerer usikkerheten om behandlingens effekt eller om mulig tilbakefall, en spesiell utfordring. Mot denne bakgrunn vil informasjon om en kreftdiagnose alltid være sterkt emosjonelt ladet. Det stiller store krav til legenes evne til å kommunisere med pasienten når en kreftdiagnose skal presenteres. Ikke bare skal budskapet overbringes, men pasientens reaksjoner og spørsmål skal også fanges opp og besvares.

Hvordan legen informerer om diagnosen, vil bli husket av pasienten i mange år (3). Ofte må legen tilpasse informasjonen til innholdet i budskapet, slik som når det skal informeres om døden som en mulig utgang. Riktig presentert informasjon til rett tid vil redusere pasientens usikkerhet, og dermed fremme mestring og lette samarbeidet om behandling. Pasient og familie får da et bedre utgangspunkt for å treffe egne valg.

At legen oppleves som empatisk og viser interesse, er av stor betydning for pasientens psykologiske tilpasning, og er viktigere enn hvordan den faktiske informasjonen gis (4).

Kreftpasienter får informasjon, men hva oppfatter de?

Legers holdninger til å fortelle kreftpasientene om diagnosen har endret seg dramatisk i den vestlige verden de siste 20 år (5, 6). I begynnelsen av 1960-årene informerte kun 10% av amerikanske leger kreftpasienter om deres diagnoser. 15 år senere var det kun 5-10% som ikke gav slik informasjon. I Norge foretrekker nå mer enn 80% av legene å gi full informasjon om kreftdiagnosen (7). I Sør- og Øst-Europa derimot, vil de fleste legene prøve å skjule diagnosen for pasienten.

Legers begrunnelse for å ville skjule eller informere om diagnosen synes å være den samme, nemlig å redusere uro og psykiske plager (8). Selv om det er vanlig å informere om diagnose, behandling og prognose, er det vist i flere undersøkelser at 30-50% av pasientene ikke har kunnskap om sykdommens utbredelse eller behandlingens intensjon (kurativ eller palliativ) (9).

Det finnes mye kunnskap om hvordan "dårlige nyheter" skal overbringes (10-12). Evnen til dette beror ikke på medfødte egenskaper, men på kliniske ferdigheter som kan læres. Hvis

informasjon om “dårlige nyheter” skal fremme pasientens mestring og bedre hans psykologiske tilpasning, bør kommunikasjonsprosessen, og ikke bare opplysningen om selve diagnosen, stå sentralt. Det er viktig at legen i utgangspunktet er klar over at han/hun ikke kan mildne innholdet i budskapet. Derimot har legen store muligheter til å påvirke pasientens mestring av den dårlige nyheten. En hensynsløs konfrontasjon kan medføre at pasienten må bruke store ressurser for å klare situasjonen. Det er viktig å formidle håp, selv om det ikke innebærer håp om helbredelse.

Samtalen(e) bør heller ikke bare dreie seg om diagnose, men også inkludere behandlingsmuligheter, effekt og bivirkninger samt informasjon om generelle leveutsikter. Det er viktig å være klar over at ikke alle pasienter ønsker informasjon om diagnose og prognose. Dette ønsket må fanges opp og respekteres. Sannheten skal alltid formidles, men “hele sannheten” behøver ikke å bli fortalt til pasienten.

God informasjon tar ikke mye tid

Det kan synes elementært, men visse grunnforutsetninger må være oppfylt: Telefon og brev er velegnet til å formidle gode nyheter, men benyttes denne form til å presentere dårlige nyheter, påføres pasienten en unødvendig tilleggsbelastning. Legen må ha satt av en viss tid til samtalen. Ofte vil 15-30 minutter være tilstrekkelig dersom samtalen er konsentrert og finner sted på et rolig sted. Forstyrrelser fra pipende callinger eller telefoner bør unngås.

I sykehus må samtaler ikke skje i korridoren eller på flersengsstuer, hvor pasientenes uttrykk for egne reaksjoner hemmes av tilstedeværelsen av medpasienter. Å ha et medlem av familien til stede oppleves ofte som god støtte for pasienten. Dessuten kan pasienten og familien etter konsultasjonen diskutere hva som virkelig ble sagt. Tilstedeværelse av en sykepleier kan også være hensiktsmessig, da det gir mulighet for å gjenta informasjon og til å fange opp og korrigere misforståelser eller feiloppfatninger.

Legen bør initialt tilstrebe å dempe farten i kommunikasjonen. Det er derfor hensiktsmessig å starte med en innledende advarsel, slik som: “Det virker mer alvorlig enn vi først antok.” Psykologisk disorganisering eller benekting som følge av at nyheten slippes for raskt, kan da motvirkes. Kommunikasjonen bør være åpen. Legen må finne ut hva pasient og pårørende har på dagsordenen, i tillegg til å informere om det han selv har på hjertet.

Én teknikk er å stille åpne spørsmål. Dette kan kombineres med at man lar pasienten få god tid til å snakke, fortelle sin historie. I to artikler i dette nummer av Tidsskriftet brukes en slik teknikk, Five Minutes Speech Sample (13, 14). Denne metoden er opprinnelig utviklet for å samle inn data fra tekstanalyser. Artiklene beskriver hvordan brystkreftpasienter opplevde sin diagnose. Ved å snakke fritt i fem minutter om hva de tenkte, følte og gjorde etter at de fikk kreftdiagnosen, mener forfatterne at legen fikk en god innsikt i pasientens situasjon, samtidig som det er et godt redskap til å hjelpe pasienten til å bearbeide psykisk smerte.

Kunnskap må økes, holdninger må endres

Dersom kommunikasjon mellom leger og kreftpasienter skal bedres, må legers kunnskaper og ferdigheter i kommunikasjon styrkes. Ved flere medisinske fakulteter vies kommunikasjon og lege-pasient-forhold stor oppmerksomhet. Undervisningen er intensivert, men fortsatt møter studenter og yngre leger rollemodeller med en lite gjennomtenkt praksis. Det er derfor ikke tilstrekkelig bare å tilføre studentene kunnskap, de må også møte holdninger og en praksis som bekrefter at denne delen av legekunsten er viktig. Som nykommere vil de yngste legene lett adapteres til normene i det systemet de møter.

For å møte denne utfordringen, har Den Norske Kreftforening i samarbeid med Nordisk Cancerunion tatt initiativ til og gitt økonomisk støtte til en systematisk opplæring av et begrenset antall leger ved alle regionsykehusene. I denne undervisningspakken har man gitt et tilbud til erfarne overleger ved onkologiske, kirurgiske, gynekologiske,

hematologiske og andre avdelinger som behandler mange kreftpasienter. Undervisningsopplegget er lagt opp etter velutprøvde prinsipper fra Storbritannia, der god effekt er dokumentert.

Trolig er dårlig kommunikasjon med pasienten en av de hyppigste årsakene til klager på leger (15). I den obligatoriske delen av spesialistutdanningen inngår det i dag ingen kurs i informasjon og kommunikasjon. Spesialitetskomiteer bør derfor snarest forlange at slike kurs blir obligatoriske. De enkelte sykehusavdelinger bør også gi et tilbud om kommunikasjonsopplæring til erfarne overleger. Sett på bakgrunn av den økende klagehyppigheten om legers manglende ferdigheter på dette området, kan slike tiltak motvirke utbrenthet blant belastede leger.

Stein Kaasa

LITTERATUR:

1. Holland JC, Geary N, Marchini A, Tross S. An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Invest* 1987; 5: 151-4.
2. Holland JC. Clinical course of cancer. I: Holland JC, Rowland JH, red. *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1990: 75-100.
3. Finset A, Smedstad LM, Loge JH, Øgar B. Physician-patient interaction and coping with cancer: the doctor as a source of information or of emotional support? *J Cancer Education* 1996; akseptert for publisering.
4. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, Baile WF, Gibertini M. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994; 74 (suppl 1): 336-41.
5. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennet JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979; 241: 897-900.
6. Thomsen OØ, Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet* 1993; 341: 473-8.
7. Loge JH, Kaasa S, Ekeberg Ø, Falkum E, Hytten K. Attitudes toward informing the cancer patient. A survey of Norwegian physicians. *Eur J Cancer* 1996; akseptert for publisering.
8. Koenig RR. Anticipating death from cancer - physician and patient attitudes. *Mich Med* 1969; 68: 899-905.
9. Butow PN, Dunn SM, Tattersall MHN. Communication with cancer patients: Does it matter? *J Pall Care* 1995; 11: 34-8.
10. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ* 1984; 288: 1597-9.
11. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1 Handling bad news and difficult situations. *BMJ* 1988; 297: 907-9.
12. Holland JC. Now we tell - but how well? *J Clin Oncol* 1989; 7: 557-9.
13. Heskestad S, Tjemsland L. Du har kreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1067-71.
14. Heskestad S, Tjemsland L. Fortellingen om lidelsen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1192-4.
15. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-7.

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Lægeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no