

Forbedret formidling av kreftdiagnose

Gruppe 12

Zonira Abbas

Chong C. Dai

Kine Malene Hagen

Kristine Lossius

Anne Gulborg Skei

Erlend Strønen

Dina Wikstrøm



Prosjektoppgave i KLoK

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
UNIVERSITETET I OSLO
Oktober 2009

Innhold

INNHold	2
1. SAMMENDRAG	3
2. INTRODUKSJON	4
3. KUNNSKAPSGRUNNLAGET	5
3.1 SØKESTRATEGI	5
3.2 UTFORDRING	5
3.3 GUIDELINES	6
3.4 THE FOUR HABITS APPROACH TO EFFECTIVE CLINICAL COMMUNICATION	7
4. FORBEDRINGSARBEIDET	8
4.1 SITUASJONSBEKRIVELSE	8
4.2 FORBEDRINGSTILTAK	9
4.3 INDIKATORVALG	10
5. PROSESS OG ORGANISERING	12
5.1 ORGANISERING AV FORBEDRINGSARBEIDET - IMPLEMENTERING	12
5.1.1 <i>Trinn 1: "Få med ledelsen"</i>	12
5.1.2 <i>Trinn 2: "Motivere de ansatte"</i>	13
5.1.3 <i>Trinn 3: "Gjennomføring av kurset"</i>	13
5.1.4 <i>Trinn 4: "Evalueringen"</i>	14
5.2 DEN DAGLIGE DRIFT I FREMTIDEN	14
6. EVALUERING	14
7. DISKUSJON	15
8. REFERANSER	16
VEDLEGG 1 SPØRRESKJEMA TIL LEGER FØR OG ETTER KURSET	17

1. Sammendrag

Bakgrunn/emne: Formidling av kreftdiagnose og andre budskap om dårlige nyheter oppleves som vanskelig av mange leger. Pasienter erfarer at måten det gjøres på ikke er optimal. Vår egen erfaring fra klinisk praksis tilsier at dette gjelder mange avdelinger og mange pasientgrupper.

Kunnskapsgrunnlag: Svikter kommunikasjonen mellom lege og pasient når budskap om kreftdiagnose skal overbringes, fører dette til at pasientene opplever situasjonen som mer traumatisk. Pasienten har vanskelig for å få med seg informasjonen som blir gitt, og det kan føre til dårligere etterlevelse når det gjelder behandling og oppfølging. Legen opplever også sviktende kommunikasjon som vanskelig. Har legene retningslinjer å forholde seg til og trening i å kommunisere vanskelige budskap, opplever legene at jobben er enklere og de er mer tilfreds med egen innsats. ”The four habits approach to effective clinical communication” er et kommunikasjonsopplegg som er utviklet i USA, og tilpasset norske forhold gjennom modellen ”Fire gode vaner”. Modellen består av en retningslinje med fire gode vaner som legene kan følge, samt et opplegg med kurs og rollespill for trening på vanskelige situasjoner.

Begrunnet tiltak og metode: Vi har planlagt å innføre modellen ”Fire gode vaner” for hvordan budskap om kreftdiagnose skal formidles til pasienten. Retningslinjen skal følges av legene når slike nyheter skal overbringes. Legene skal gjennomgå et kurs der det trenes på kommunikasjonsferdigheter og bruk av ”Fire gode vaner” i formidling av kreftdiagnose. Indikator er legenes mestringstillit i vanskelige kommunikasjonssituasjoner. Modellen er tidligere vist å fungere under norske forhold.

Organisering: Vi benytter en trinnvis tilnærming til implementering av retningslinjen. De fire trinnene er å få med ledelsen, motivere de ansatte, kursing med rollespill og evaluering. Tiltaket videreføres med opplæring av nyansatte, både med informasjon om retningslinjen og kurs med jevne mellomrom.

Resultater/vurdering: Modellen ”Fire gode vaner” er vist å bedre legers kommunikasjonsevner og gir økt mestringstillit hos leger som gjennomgår opplegget. På bakgrunn av den tilbakemeldingen vi fikk fra personer ved den aktuelle avdelingen, ser vi det som umulig å gjennomføre prosjektet der. Vi mener likevel dette er et godt tiltak for å bedre hvordan kreftdiagnose meddeles pasienter, og at prosjektet vil være gjennomførbart ved en annen avdeling.

2. Introduksjon

En pasient i 40-årsalderen kom til poliklinikken for en oppfølgingssamtale etter en kreftoperasjon utført for to år siden. Pasientens behandler var på ferie og legen på poliklinikken hadde ikke satt seg inn pasientens sykehistorie på forhånd. Legen oppdaterte seg ved å lese gjennom pasientens journal for de tilstedeværende, og pasienten uttrykte underveis stor glede over å ha blitt kurert. Da timen nærmet seg slutten, skulle legen se på den siste CT-undersøkelsen som var tatt. Svaret var alt annet enn hyggelig. Legen famlet lenge med ord og visste ikke hvordan han skulle overbringe budskapet, men til slutt sa han: "Dette ser ikke bra ut, du har spredning til lymfeknuter, lever og skjelett."

Pasienten ble hysterisk, aggressiv og frustrert og gjentok: "Jeg skjønner ingen ting. Er du sikker på dette? Hvor lenge har jeg igjen?"

Legen følte seg åpenbart ukomfortabel med situasjonen og svarte at de ikke lenger hadde ansvaret for pasienten, men at han ville bli henvist til et kreftsenter som skulle følge opp videre. Omlag fem minutter etter budskapet var overlevert, avbrøt legen pasienten ved å si: "Beklager men nå må jeg gå."

Pasienten som var fullstendig i sjokk, ble sittende igjen sammen med en sykepleier som hadde vært tilstede under konsultasjonen. Legen uttrykte i ettertid at samtalen hadde vært tøff, men at han hadde taklet det bra. Han kunne ikke se hvordan han kunne gjort det annerledes. Sykepleieren var derimot av en annen oppfattelse og bekreftet at dette var et stort problem på avdelingen. Hvordan pasienten opplevde situasjonen vites ikke, men i følge sykepleieren var han fullstendig i sjokk da han forlot sykehuset.

Situasjonen som er gjengitt, opplevde en av studentene i gruppen under en praksisperiode.

Alle studentene i gruppen har i løpet av studiet opplevd lignende situasjoner.

Problemstillingen for oppgaven er derfor forbedring av hvordan dårlige nyheter formidles til pasientene. Av hensyn til litteratursøk og begrenning av prosjektet, er problemstillingen avgrenset til å gjelde formidling av budskap om kreftdiagnose.

Det finnes ingen standardiserte retningslinjer eller veiledning for hvordan et slikt budskap skal gis. Praksis varierer fra lege til lege og fra sted til sted, og pasientens opplevelse av situasjonen varierer dramatisk etter hvordan budskapet blir formidlet. Både for pasienter og leger er det viktig å formidle dårlige nyheter på en god måte. For pasienten kan budskapet oppleves mindre traumatisk, og god kommunikasjon gjør at pasienten får en bedre forståelse av innholdet i budskapet. Vi antar at legene opplever seg tryggere i rollen når de har trening i denne prosessen, og at konkrete retningslinjer kan hjelpe dem til å strukturere samtalen.

3. Kunnskapsgrunnlaget

3.1 Søkestrategi

Vi har søkt i Pubmed, Embase (Ovid), Cochrane library og Tidsskrift for Den norske legeforening (www.tidsskriftet.no). Søkeord har inkludert: ”Bad news or Sad news”, ”Guidelines”, ”Communication” og ”Disclosure”. I tillegg har vi også søkt etter ordene ”Patient satisfaction” og ”Cancer diagnosis” i tillegg til forfatter Loge JH, for å finne relevant litteratur. Litteratursøk ble gjennomført april 2009. Vi har inkludert artikler som var publisert i tidsrommet 1995-2009, og som var skrevet på språkene engelsk, norsk, svensk og dansk. Artikler som vi ikke har tilgang til fulltekst gjennom UBO sin beholdning ble ekskludert. Det samme gjelder artikler det ble krevd betaling for. I tillegg har vi inkludert to upubliserte manuskripter vi har fått fra P. Gulbrandsen.

3.2 Utfordring

Det har vært praksis i den vestlige verden å underrette pasientene om dårlige nyheter som blant annet kreftdiagnosen. Tidligere kunne man unngå den vanskelige samtalen ved å ikke fortelle pasienten hele sannheten. Det er i dag uetisk og ikke akseptabelt for legen å gjøre dette. Mange pasienter (med kreft) ønsker å bli informert fullt ut om testresultater, diagnose, prognose og behandlingsmuligheter (1, 2). Den paternalistiske holdningen som favoriserer en ”hvit løgn” for å beskytte pasienten mot angst, depresjon og fortvilelse, har blitt erstattet av en tanke som understreker viktigheten i å beskytte individets integritet. Pasienten har en lovfestet rett til å få nøyaktig og pålitelig informasjon, og det er legens ansvar å gi diagnosen og sikre at pasienten forstår hva det innebærer.

Til tross for økende oppmerksomhet rundt klinisk kommunikasjon, er det fortsatt ikke alle pasienter fornøyd med hvordan kreftdiagnosen formidles. I de tilfeller hvor pasientene opplever det som negativt, er problemet ofte knyttet til kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, og måten nyheten har blitt formidlet på. I en svensk studie ble 35 % av pasientene informert om deres diagnose over telefon, og 5 % gjennom brev (3). En norsk undersøkelse fra 1993-1994 spurte 497 pasienter innlagt ved Montebello-senteret, et rehabiliteringssenter for kreftpasienter, hvordan de fikk overbrakt kreftdiagnosen. 19 % av pasientene fikk vite deres diagnose i korridoren og/eller i morgenvisitten, 19 % over telefon, og 5 % med brev (4). 44 % av pasientene hadde en samtalevarighet på under 5 minutter. Videre fikk kun 40 % av pasienten informasjon om prognosen, og 1 av 5 fikk tilbud om oppfølgingsamtale. Pasienttilfredshet var lavere hos de som fikk vite deres diagnose andre

steder enn på legens kontor, og når de ikke var informert om prognosen. En studie fra Australia viser at rundt en tredjedel av pasientene fikk vite deres diagnose over telefonen, og rundt halvparten av de ønsket at formidlingen skjedde ansikt til ansikt (5). Samme studien viser at de fleste pasientene ønsker all informasjon om diagnose, prognose og behandlingsmuligheter. En tysk undersøkelse fra 2006 viste også noe av de samme tingene (6). Misfornøyde pasienter fikk mindre informasjon, kort samtalevarighet, følte mer angst, fikk ikke uttrykt sine følelser og spesifikk informasjon om behandlingsmuligheter og prognose hadde ikke blitt dekket eller forstått under samtalen. I tillegg følte de at leger ikke klarte å formidle håp.

Dårlig lege-pasient kommunikasjon har blitt assosiert med forskjellige og uheldige psykologiske utfall som angst, depresjon, og fortvilelse. Noen studier har blant annet påpekt økt angst hos kreftpasienter som følte at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om deres diagnose eller behandlingsmuligheter (7). Når man formidler dårlig nyheter til pasienter på en balansert, emosjonell og ærlig måte, blir de mer tilfredstilt. Fra legens perspektiv er ”å være ærlig men å samtidig formidle håp” blant de vanskeligste oppgavene, etterfulgt av å håndtere pasienters emosjonelle reaksjoner. Noen leger føler de ikke har tilstrekkelig med trening eller veiledning i denne typen samtale, mens andre leger frykter at det vil fremkomme uønskede emosjonelle reaksjoner med langsiktig skadelige konsekvenser etter å ha formidlet dårlige nyheter (8, 9). Litteraturen viser at mens selve formidlingen av dårlig nyheter kan ha en kortsiktig negativ emosjonell påvirkning, vil de fleste tilpasse seg bra på lang sikt. Tilfredshet, takknemlighet, positiv holdning og redusert angst hos pasienter er noen av fordelene med god kommunikasjon. Studier indikerer altså at om dårlige nyheter gis med omtanke og empati, reduseres psykologisk morbiditet, og gjør det lettere å tilpasse seg omveltninger i livet. I tillegg bidrar det til bedre etterlevelse i forhold til behandling.

3.3 Guidelines

Det er fremsatt flere guidelines for hvordan man skal overbringe dårlige nyheter (7-10). Samlet har guidelines følgende anbefalinger: sikre komfortable og skjermede omgivelser, sette av nok tid, ståsette pasienten for dårlige nyheter så tidlig som mulig, tilpasse hastigheten og mengden informasjon til pasientens kapasitet, svare ærlig på spørsmål, forsikre seg om pasientens forståelse, tillate pauser, være empatisk, og gi rom for følelsesmessige reaksjoner. Informasjonen bør omfatte diagnose, terapimuligheter og prognose. Bilder og skriftlig informasjon er bra (6). Pasientene bør bli tilbudt muligheten til å stille spørsmål ved en senere anledning, samt bli informert om rådgivning og støttegrupper.

Det er også viktig å huske at mennesker er forskjellige med tanke på religion, etnisitet, kultur og sosial bakgrunn. Leger må være sensitive i forhold til dette også. Mange av disse anbefalingene finner vi igjen i S-P-I-K-E-S-protokollen som ble utviklet og lansert av den kanadiske onkologen Robert Buckman (setting – perception – invitation – knowledge – emotions – strategy & summary) (11). Denne protokollen blir ofte brukt som en mal for hvordan en bør presentere informasjon om en kreftdiagnose eller annen alvorlig sykdom. Guidelines er god veiledning, men leger trenger også trening og opplæring. Dessverre er det slik at de fleste leger har lite eller ingen formell opplæring innen dette feltet.

3.4 The Four Habits Approach to Effective Clinical Communication

En amerikansk kursmodell ”The Four Habits Approach to Effective Clinical Communication”, hvor man trener på kommunikasjonsferdigheter, har vist seg å gi økt pasienttilfredshet. Modellen har blitt utarbeidet ved helseforetaket Kaiser Permanente i USA over de siste 16 år med undervisning i klinisk kommunikasjon for spesialister. Den baserer seg på at man ved å trene opp konkrete ferdigheter under kursopplegget, kan utvikle vaner for hvordan man som lege best ivaretar en god kommunikasjon med pasienten. Ved denne helseinstitusjonen benyttet de pasienttilfredshet som indikator for å måle effekten av metoden. Nesten alle deltakerne som gjennomførte et intensivt kurs over 5 dager rapporterte at de syntes det hadde vært en god erfaring og ville ha nytte av det som et fremtidig verktøy i kommunikasjon med pasienter (12).

I en studie utført ved Akershus Universitetssykehus fra 2007-2008 valgte man å ta utgangspunkt i denne kursmodellen (Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A. Endring i mestringstillit hos sykehusleger etter kommunikasjonskurset ”Fire gode vaner”. Manuskript akseptert i Tidsskr Nor Legeforen 2009). Man gjorde justeringer for å tilrettelegge det til norske forhold og modellen fikk her i Norge navnet ”Fire gode vaner”. Ved denne tilnærmingen mener man å kunne trene opp bedre ferdigheter i klinisk kommunikasjon. Modellen gir også et strukturert verktøy som i tillegg sparer mye tid og frustrasjon i en travel hverdag ved sykehusene. Man ønsket å undersøke i hvilken grad legene endret tillit til egne ferdigheter i løpet av kurset, om et slikt kurs ville føre til en atferdsendring hos legene. Man ville også dokumentere selve kursprosessen og hvilke reaksjoner deltakerne satt igjen med i etterkant (Kristvik E, Finset A, Gulbrandsen P. Kommunikasjonskurset "Fire gode vaner" for sykehusleger - hva bringer det frem hos deltakerne? Manuskript submittert til vurdering).

80 leger fra ulike avdelinger ved sykehuset fikk tilbud om å delta, 62 valgte å gjennomføre kurset. Deltakerne fylte ut et spørreskjema rett før og etter kursets slutt, hvor de skulle vurdere egne delferdigheter innen kommunikasjon og hvorvidt de mener det er mulig å forbedre sine ferdigheter ved et slikt kurs. Undervisningen bestod av plenumundervisning med foredrag og tematiske presentasjoner, samt gruppeundervisning med rollespill hvor man innøvde vaner (Vane I – Invester i begynnelsen, Vane II – Få frem pasientperspektivet, Vane III – Vis empati, Vane IV – Invester i avslutningen). I tillegg til dette deltok en sosialantropolog som bidro til å dokumentere erfaringer og reaksjoner som deltakerne ytret under kurset og i etterkant.

Hvor trygge legene er på at de mestrer ferdighetene, kalles legens mestringstillit. Studien konkluderte med at det er mulig å endre legers mestringstillit, når det gjelder kommunikative ferdigheter. 41 leger hadde økt mestringstillit, mens 10 leger ga uttrykk for redusert mestringstillit etter kurset. Sistnevnte leger mente likevel å ha hatt god læringseffekt av kurset (Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A. Endring i mestringstillit hos sykehusleger etter kommunikasjonskurset "Fire gode vaner". Manuskript akseptert i Tidsskr Nor Legeforen 2009). Erfaringer og reaksjoner hos deltakerne viser at de syntes de fikk et nyttig verktøy for hvordan man går inn i en vanskelig pasientsamtale. Mange av deltakerne ga klart inntrykk av et behov for å bedre egne ferdigheter. Kursmodellen ble oppfattet som relevant og lærerik av de aller fleste deltakerne (Kristvik E, Finset A, Gulbrandsen P. Kommunikasjonskurset "Fire gode vaner" for sykehusleger - hva bringer det frem hos deltakerne? Manuskript submittert til vurdering).

4. Forbedringsarbeidet

4.1 Situasjonsbeskrivelse

Vi ønsket å ta utgangspunkt i situasjonen ved en gastrokirurgisk avdeling på et stort sykehus på Østlandet. Ved denne avdelingen er det en rekke tilfeller av nydiagnostisert kreftsykdom, og mange pasienter der vår problemstilling er aktuell. Situasjonen der kreftdiagnosen formidles til pasienter oppstår flere ganger daglig. Dette er derfor en avdeling der det vil være potensiell stor nytte av forbedringstiltaket.

Vi ble oppfordret av flere om at vi burde kontakte en gitt overlege ved avdelingen. Han skulle være spesielt interessert i problemstillingen. Vedkommende er en toneangivende person ved avdelingen, selv om han ikke er avdelingsleder. Den initiale tilbakemeldingen vi

fikk fra ham var svært positiv, og vi fikk inntrykk av at han kunne være interessert i å samarbeide med oss om prosjektet. Han hadde dessverre ikke anledning til å se på det på det da vi kontaktet han, men vi fikk et tidspunkt, ca 1,5 måneder senere, der han ville være tilgjengelig. Da tiden kom forsøkte vi derfor å kontakte vedkommende gjentatte ganger både per e-post og telefon, uten at vi fikk noe svar. Til slutt fikk vi kontakt per telefon.

Tilbakemeldingen vi fikk da var av en slik karakter at det ble tydelig for oss at det var helt uinteressant å i det hele tatt gå inn i en diskusjon om dette var noe som det var mulig å gjøre. Det ble også gitt et klart inntrykk av at det man ville forsøke og forbedre her allerede var meget bra ved avdelingen, at prinsippene vi ønsket å innføre var ”gammelt nytt” og at han ikke så noen mulighet for at noen på vårt ”nivå” kunne ha noe som helst å lære bort til ham eller hans avdeling. Tilbakemeldingen var nå radikalt annerledes enn det vi hadde opplevd ved den initiale kontakten.

Ut fra denne opplevelsen ble det vanskelig å gå videre med å innhente informasjon om strukturer ved avdelingen, og å planlegge prosjektet i detalj ut fra forholdene der. Etter den avvisningen opplevdes det også som vanskelig å gå bak hans rygg for å forsøke å kontakte avdelingen og forsøke å hente ut informasjon. Tiden som var gått, gjorde det vanskelig å ta utgangspunkt i en annen avdeling for konkretisering av prosjektet.

Vi kan derfor ikke gi noen beskrivelse av hvordan man kan benytte strukturene på avdelingen med undervisning, møtevirksomhet, osv., til å gjennomføre prosjektet. Det ble heller ikke mulig å gå videre og undersøke hos leger eller sykepleiere ved avdelingen om de føler et behov for en forbedring på dette området. Ut fra våre egne erfaringer på flere andre avdelinger samt med bakgrunn i kunnskapsgrunnlaget, føler vi oss rimelig trygge på at det finnes et forbedringspotensial på dette området. Tidligere prosjekter har også vist at det er mulig å gjennomføre tilsvarende prosjektet.

4.2 Forbedringstiltak

Utgangspunktet var at vi ønsket å lage en retningslinje/veiledning for hvordan formidling av dårlige nyheter generelt, og spesifikt hvordan formidling av ny kreftdiagnose, skal skje ved avdelingen. Når det gjelder et tema som dette, vil det å kun utarbeide en retningslinje/veiledning neppe gi det ønskede resultat. Dette må følges opp med undervisning og trening/kurs i form av rollespill.

Vi ønsker å la ”Fire gode vaner” danne utgangspunkt for en retningslinje/veiledning om hvordan formidling av et kreftbudskap skal skje på avdelingen. Dette skal implementeres

gjennom et kurs, lignende det opplegget som er utviklet i USA og tilpasset norske forhold gjennom forsøkene på Akershus universitetssykehus. Dette er et opplegg som har effekt på legers kommunikasjon av vanskelige budskap, og opplegget er gjennomførbart under norske forhold. Mer konkret beskrivelse av gjennomføring av kurset er gitt under punkt 5 ”Prosess og organisering”. Selv om kurset tidligere i Norge kun er gjennomført blant personalet ved flere avdelinger, vil vi anta at dette også lar seg overføre til en enkelt avdeling når denne er relativt stor, slik vi har tatt utgangspunkt i.

Utfordringene med denne modellen vil være flere. For det første vil man forvente at det er motstand blant personalet som skal gjennomgå kurset. Enkelte kan oppleve det som en ting som er unødvendig og der de ikke ser behovet for kommunikasjon. Andre kan oppleve det som sårt og vanskelig at noen skal påpeke svakheter ved noe som er såpass personlig som kommunikasjon. Det kan også være enkelte som synes det er vanskelig å gjennomføre rollespill der de skal gjøre dette med andre til stede. Motivering av de ansatte er derfor helt nødvendig. Det er også nødvendig at man tenker tverrfaglig rundt informasjon og undervisning om opplegget og retningslinjene for kommunikasjon. Annet nøkkelpersonell som for eksempel sykepleierne, må også ha en forståelse for hvorfor det gjøres og hvorfor det må legges spesielt til rette for kommunikasjon av slike budskap.

For det andre er opplegget ressurskrevende. En rekke personer må tas ut av sitt daglige arbeide for å gjennomføre opplegget. Videre må det sannsynligvis settes av ressurser til innleid hjelp for å gjennomføre kurset. Det vil derfor være helt nødvendig at ledelsen som har myndighet til å bevilge nødvendige ressurser, godkjenner og står bak prosjektet for at det skal la seg gjennomføre.

Vår kontakt med avdelingen illustrerer hvor vanskelig det kan bli dersom helt sentrale personer er motstandere av prosjektet.

4.3 Indikatorvalg

Den beste måten å måle den direkte nytteeffekten av tiltaket med innføring av ”Fire gode vaner”, ville vært å bruke pasienttilfredshet som indikator. Imidlertid kan det være for mye å forvente av pasientene at de skal kunne evaluere kommunikasjonsferdighetene til legen i en slik situasjon. Pasientene er i en meget sårbar situasjon og er ofte preget av sjokk. Pasientene kan i tillegg være så fokusert på selve kreftbudskapet, at de i med en gang ikke klarer å se om måten budskapet ble gitt på var bra eller dårlig. Pasientene kan også være redd for å kritisere legen med tanke på at legen skal behandle dem videre. I en studie fra USA som brukte

modellen ”The Four Habits Approach to Effective Clinical Communication” ble det vist at kurs for leger med dårlig kommunikasjonsevne bedrer pasienttilfredsheten(12). Den norske studien om ”Fire gode vaner” er basert på samme modell og det er vist at også dette fungerer (Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A. Endring i mestringstillit hos sykehusleger etter kommunikasjonskurset ”Fire gode vaner”. Manuskript akseptert i Tidsskr Nor Legeforen 2009; Kristvik E, Finset A, Gulbrandsen P. Kommunikasjonskurset "Fire gode vaner" for sykehusleger - hva bringer det frem hos deltakerne? Manuskript submittert til vurdering), derfor er det unødvendig å skulle påtvinge pasientene belastningen med å evaluere samtalen i en allerede vanskelig situasjon.

Vi velger derfor i stedet å bruke legens mestringstillit som resultatindikator. I modellen ”Fire gode vaner” som ble gjennomført ved Akershus universitetssykehus, ble det utlevert et spørreskjema til legene før og etter kurset (Vedlegg 1; Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A. Endring i mestringstillit hos sykehusleger etter kommunikasjonskurset ”Fire gode vaner”. Manuskript akseptert i Tidsskr Nor Legeforen 2009). Selve hoveddelen i skjemaet består av ni spørsmål som undersøker legens selvopplevde mestring av de aktuelle situasjonene. I studien ”Fire gode vaner” er det vist at legenes mestingstillit øker signifikant etter kurset og det er dette vi ønsker å måle med skjemaet.

Mestringstillit er ikke nødvendigvis et tegn på at legene faktisk er gode til å kommunisere. Dette kan være en svakhet ved denne indikatoren. Et annet problem med indikatoren er at den viser i liten grad om kurset virkelig har medført endring i praksis. Leger som har gjennomgått kurset ”Fire gode vaner” har gikk uttrykk for at de har fått stort utbytte av det. Dårlig kommunikasjon er ineffektivt, og god kommunikasjon lønner seg, både med tanke på tidsbruk, struktur av samtalen og pasientens opplevelse (Kristvik E, Finset A, Gulbrandsen P. Kommunikasjonskurset "Fire gode vaner" for sykehusleger - hva bringer det frem hos deltakerne? Manuskript submittert til vurdering). I forbindelse med prosjektet ”Fire gode vaner” som ble utført på Akershus universitetssykehus, blir det nå skrevet en artikkel som viser at kurset også har ført til reell endring i atferd hos legene. I følge P. Gulbrandsen, en av forfatterne bak studien, viser det seg at *”legene forbedrer seg signifikant, uten å tape tid (konsultasjonstiden gikk faktisk ned men ikke signifikant) og uten å tape popularitet (pasienttilfredsheten gikk opp men ikke signifikant).”* Vi anser derfor målingen av mestringstillit som en god og relevant indikator.

5. Prosess og organisering

5.1 Organisering av forbedringsarbeidet - implementering

Implementering av "Fire gode vaner" er en prosess som består av fire trinn. Det første trinnet handler om at ledelsen må fatte en beslutning om å gjennomføre prosjektet. Det neste trinnet består i å motivere de ansatte til å delta på kurset. Det tredje trinnet er å gjennomføre kurset, og det siste leddet er at de ansatte er motivert til å anvende "Fire gode vaner" og at dette har gjort de til bedre kommunikatorer.

5.1.1 Trinn 1: " Få med ledelsen"

Når man skal innføre nye retningslinjer på en avdeling, er det helt nødvendig å få med ledelsen. Uten deres samtykke, vil det være svært vanskelig å påvirke de ansatte. Ledelsen må akseptere alle ledd i prosjektet, samt forplikte seg til å delta gjennom hele prosessen. Ledelsen bør på forhånd avklare hvem som skal ha ansvaret for trinn to og tre i prosessen (motivering og gjennomføring). Finnes det noen på avdelingen som er spesielt egnet? Eller må man tilkalle en ekstern instans? Mange ledere velger å bruke lokale opinionsledere i motivasjonsprosessen. Dette for å unngå at de ansatte opplever ledelsen som et kontrollerende organ, som stadig kommer med nye bestemmelser. Ledelsen må i tillegg bestemme seg for hvilken implementeringsstrategi som skal anvendes, samt godta den tiden det vil ta og frita legene fra annen jobb. Blant flere implementeringsstrategier som har vært prøvd i er (fra Fretheim A. Foredrag. Institutt for farmakoterapi, UiO. 2006):

- Passive tiltak, for eksempel utsendelse i posten.
- Aktive tiltak, for eksempel praksisbesøk, kurs, rollespill, gjennomføring av revisjoner, bruk av lokale opinionsledere, tilbakemeldinger etc.
- Bruk av forskrifter o.l

Det er en bred enighet om at passive tiltak er lite effektive. De aktive strategiene gir bedre resultater, men er kostbare. Bruk av forskrifter blir sjeldent evaluert. Videre hevdes det at ingen implementeringsstrategier er effektive under enhver omstendighet. Det mest lønnsomme er å skreddersy strategiene for den institusjonen retningslinjene skal innføres på (13). Til tross for at aktive implementeringsstrategier både kan være kostbart og ressurskrevende hevder mange at det likevel er lønnsomt fordi det er så effektivt (Wikstrøm D.: Intervju med Ewa Ness. 2008) (14).

5.1.2 Trinn 2: "Motivere de ansatte"

Det er ikke til å komme bort i fra at noen klinikere reagerer negativt når noe nytt skal innføres. For at man skal være villig til å endre praksis, må man være overbevist om at det man gjør i dag ikke er godt nok, og at man ser et forbedringspotensial i å innføre noe nytt. I dette trinnet bør man kartlegge hvorvidt de nye retningslinjene er etterspurt, nyttig og nødvendig. Her må man også motivere de ansatte til endring.

En strategi kan være å samle leger og sykepleiere til en fokusgruppe. Her kan man kartlegge hva som oppleves vanskelig og hvilke utfordringer som ligger i formidling av dårlige nyheter, med særlig vekt på kreftdiagnose. Fokusgruppen kan for eksempel legges til morgenmøtene, hvor man setter av to møter (å 20 -30 min). Her må man belyse hva man er i ferd med å innføre, hvorfor man gjør det og hvordan det skal gjøres. Innenfor kommunikasjon kan effekten av forbedring av retningslinjer og praksis være mindre åpenbar enn for eksempel kirurgi. Bedret pasient- og legetilfredshet er ofte mindre fengende enn bedret overlevelse. Hvis man på avdelingen heller ikke har konkrete problemer med klagesaker fra pasienter eller pårørende, kan retningslinjene virke unødvendige.

I fokusgruppen bør man legge frem dokumentasjon som viser at legene tjener på å anvende de fire gode vaner og at kommunikasjon er en ferdighet som kan læres og forbedres. Det må argumenteres med at tilfredsstillende kommunikasjon ikke bare vil øke pasientens tilfredshet, men også mest sannsynlig lette legens situasjon. De vil føle seg tryggere og mer komfortabel i samtalen, og samtalen blir mer strukturert. Legene taper ikke tid, og det er en tendens til at konsultasjonstiden kan gå ned (se "Indikatorvalg" under punkt 4.3). Retningslinjene må med andre ord oppleves som et hjelpemiddel og ikke som et krav fra ledelsen.

5.1.3 Trinn 3: " Gjennomføring av kurset"

Alle legene ved avdelingen bør gjennomføre kurset, men for å ivareta den daglige driften av avdelingen parallelt med at kurset gjennomføres bør man kjøre kun én kursgruppe om gangen. En kursgruppe bør bestå av 4-6 leger. Før kurset starter kan man dele ut et skjema som kartlegger hva legene synes er vanskelig og hvordan kommunikasjonen fungerer i dag (se Vedlegg 1). Skjemaet benyttes også til evalueringsformål (se punktene. 4.3, 5.1.4 og 6). I tillegg deler man ut de fire gode vaner, som legene må sette seg inn i før de møter opp på kurs. "Fire gode vaner" er også tema for plenumsundervisning og informasjon i forkant av gruppemøtene. Til dette kan man bruke internundervisning og morgenmøter ved avdelingen.

I gruppene gjennomfører man rollespill med utdelte kasuistikker. Legene bytter på å spille hhv. både lege og pasient. Fordelen med dette er at legene selv får erfart både hvordan det er å overlevere og få overlevert et slikt budskap. Kursleder og de andre er observatører. Det må påregnes at hvert rollespill tar 1 time. Oppsatt tid per gruppe kan for eksempel være to kursdager (å 2- 3 timer). Både under og etter rollespillet må man sette av tid til å snakke om hvordan dette oppleves. I tillegg kan man for eksempel ta opp rollespillet på bånd, slik at man har anledning til å høre på det i ettertid.

5.1.4 Trinn 4: "Evalueringen"

Innholdet i evalueringstrinnet er nærmere beskrevet under punkt 6 "Evaluering".

Indikatorvalg er diskutert under punkt 4.3 "Indikatorvalg".

5.2 Den daglige drift i fremtiden

Dette kan bestå av to deler. For det første må bevisstheten og kunnskapen om "Fire gode vaner" ved kommunikasjon og formidling av vanskelige budskap opprettholdes også etter kurset. Det er derfor nødvendig at undervisning og møter på avdelingen med jevne mellomrom tar opp dette tema.

Nyansatte leger bør, i tillegg til å få dette inn gjennom aktuelle undervisning og møter på avdelingen, få den samme skriftlige informasjon som avdelingens leger får før kurset. I tillegg bør man med jevne mellomrom, for eksempel årlig, vurdere å holde et kurs der de nyansatte kan trene på ferdighetene. Her kan deltakerne være en blanding av nyansatte og leger som tidligere har vært gjennom kurset. Slik kan dette fungere som en oppfrisking og trening på ferdigheter, for de som allerede har gjennomført opplegget.

6. Evaluering

Målet med prosjektet er at legene skal bli motivert til å anvende "Fire gode vaner" når kreftdiagnose skal formidles. Som indikator har vi valgt legenes mestringstillit. Dette er beskrevet tidligere under "Indikatorvalg" i punkt 4.3. Der er det diskutert hvorfor mestringstillit bør velges som indikator, selv om det er et mer indirekte mål enn for eksempel pasienttilfredshet eller en nedgang i antall klagesaker. Pasienttilfredshet er vanskelig å måle i denne situasjonen. Antall klagesaker på bakgrunn av sviktende kommunikasjon vil trolig være for lite ved en enkelt avdeling innenfor et avgrenset tidsrom, til at det vil være praktisk å bruke dette for å evaluere prosjektet.

Prosjektet skal evalueres gjennom bruk av et spørreskjema (Vedlegg 1). For evalueringen ønsker vi å benytte skjemaets hoveddel som består av ni spørsmål om legens selvopplevde mestring av de aktuelle situasjonene. Skjemaet blir delt ut til legene før og etter gjennomføring av kurset og innføring av ”Fire gode vaner”. Studiene som er referert under punkt 4.3 viser at skjemaet vil fange opp en økning i mestringstillit.

7. Diskusjon

Gjennom medisinstudiet har vi flere ganger som studenter vært vitne til kliniske situasjoner hvor kommunikasjonen kunne vært bedre. Dette samsvarer også med litteraturen vi har lest i forbindelse med denne oppgaven. Vi konkluderer derfor med at prosjektet setter søkelys på et forbedringsbehov, og at det kan være nyttig å bedre legenes ferdigheter i forhold til å overbringe dårlige nyheter.

Ledelsen på avdelingen vi var i kontakt med så ikke behovet for forbedring, og prosjektet er derfor ikke gjennomførbart ved denne avdelingen. Vi mener likevel at prosjektet er godt nok til å gjennomføres ved en annen og mer motivert avdeling. En av hovedutfordringene vil da være å få ledelsen til å sette av tid og ressurser. Dette kan være vanskelig i en hektisk hverdag, og da kanskje spesielt fordi fortjenesten er vanskelig å måle da det i hovedsak dreier seg om pasientens opplevelse. Selv om vi ser at prosjektet er ressurskrevende, mener vi likevel at gevinsten er stor nok til å forsvare dette. Det er også viktig å fokusere på den opplevelsen leger som har vært gjennom kurset har hatt, av at også legenes hverdag lettes.

Selv om vi har belyst et viktig tema, egner ikke oppgaven seg for publisering. Vi mangler konkrete resultater å vise til. Likevel er lignende prosjekter publisert tidligere og under publisering. Dette dekker også vår problemstilling mer omfattende.

Vi vil takke Arnstein Finset, Pål Gulbrandsen, Stein Kvaløy, Jon Håvard Loge og Nina Aas for gode innspill i arbeidet med oppgaven.

8. Referanser

1. Salander P. Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Soc Sci Med* 2002; 55: 721-32.
2. Rassin M, Levy O, Schwartz T et al. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nurs* 2006; 29: 302-8.
3. Brandberg Y, Bolund C, Ringborg U et al. Telefonbesked vanlig vid malignt melanom. Fler får diagnosbesked vidåterbesök. *Lakartidningen* 1995; 92: 1705-7.
4. Loge JH, Kaasa S, Hytten K. Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. *Eur J Cancer* 1997; 33: 878-82.
5. Schofield PE, Beeney LJ, Thompson JF et al. Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Ann Oncol* 2001; 12: 365-71.
6. Geiser F, Bijani J, Imbierowicz K et al. Disclosing the cancer diagnosis: what contributes to patient satisfaction? *Onkologie* 2006; 29: 509-13.
7. Ellis PM, Tattersall MH. How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients? *Ann Med* 1999; 31: 336-41.
8. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13: 2449-56.
9. Maguire P. Breaking bad news. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 188-91.
10. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998; 24: 53-9.
11. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2005; 2: 138-42.
12. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Couns* 2005; 58: 4-12.
13. Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Res Policy Syst* 2006; 4: 27.
14. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A et al. Retningslinjer for allmennpraksis - blir de lest og blir de brukt? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125: 300-3.

Vedlegg 1 Spørreskjema til leger før og etter kurset

1. Kjønn _____ Mann _____ Kvinne

2. Spesialitet: _____

3. Har du tidligere deltatt på kommunikasjonskurs? _____ Nei _____ Ja

Hvis ja, spesifiser:

4. Tror du man kan bli bedre i kommunikasjon med pasienter ved å delta på et kurs?

_____ I høy grad _____ I noen grad _____ I mindre grad _____ Nei, slett ikke

_____ Vet ikke

5. Hvor sikker er du på at du på en vellykket måte kan utføre hver av de følgende oppgavene?

Kryss av i den ruta som passer best.

		Slett ikke sikker					Svært sikker				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
i	Innlede en samtale med en pasient om hans eller hennes bekymringer										
ii	Avslutte en konsultasjon med et resyme av problemene og en behandlingsplan										
iii	Vurdere symptomer på angst og depresjon										
iv	Formidle dårlige nyheter til en pasient										
v	På en passende måte konfrontere en pasient som benekter sykdommen sin										
vi	Håndtere at pasient og eventuelt pårørende markerer uenighet med deg som lege										
vii	Oppmuntre en pasient til å snakke om sine følelser										
viii	Utforske intense følelser hos en pasient, f. eks. sinne										
ix	Hjelpe en pasient til å håndtere en usikker situasjon										

DATO _____ FØR / ETTER KURS