

Przekazywanie niekorzystnego rokowania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Communicating a negative prognosis by primary care physicians

Aleksander Michał Biesiada^{1,2}, Aleksandra Ciałkowska-Rysz^{3,4}, Agnieszka Mastalerz-Migas⁵

¹AD VITAM Przychodnia Zdrowia sp. z o.o., NZOZ „Siloe”, Skawina, Polska

²Wydawnictwo Interaktywne Medutools sp. z o.o., Kraków, Polska

³Klinika Medycyny Paliatywnej, Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, Polska

⁴Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej, Centralny Szpital Weteranów, Łódź, Polska

⁵Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska

Streszczenie

Prawo do informacji o własnym stanie zdrowia, w tym o niekorzystnym rokowaniu, wynika z zapisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej. Odpowiednie narzędzia, takie jak protokół SPIKES, mogą wspierać lekarzy w przekazywaniu niekorzystnego rokowania. Celem niniejszej pracy było zbadanie sposobu, w jaki lekarze pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) komunikują swoim pacjentom i ich bliskim informacje o niekorzystnym rokowaniu. Spośród 744 zbadanych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej 72,2% deklaruje, iż porusza kwestię śmierci lub niekorzystnego rokowania w rozmowie z pacjentem na jego bezpośrednią prośbę, samodzielnie zaś informacje przekazuje 63,3%. Jednocześnie zwraca uwagę fakt, iż 15,1% lekarzy czyni to bez zgody chorego pod jego nieobecność, a 40,2% badanych wskazało, iż przekazuje informacje o niekorzystnym rokowaniu rodzinie za „domniemaną zgodą chorego”. W badaniu podkreśla się, iż w wyodrębnionej grupie lekarzy POZ mających jednocześnie specjalizację z medycyny paliatywnej samodzielność w zakresie podejmowania rozmowy o niekorzystnym rokowaniu deklaruje 100% badanych. Aby wspomóc lekarzy POZ w realizowaniu prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia, stworzono narzędzia kompetencyjne w zakresie przekazywania niekorzystnego rokowania. Do komunikowania w sposób otwarty niekorzystnego rokowania można wykorzystać wypracowaną relację z pacjentem i jego bliskimi. Pomocne może być ustawiczne szkolenie, w tym w zakresie kompetencji psychologicznych, z jednoczesnym psychologicznym wsparciem lekarzy POZ oraz wdrażanie odpowiednich protokołów pracy.

Słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna, komunikacja, rokowanie, opieka paliatywna, śmierć.

Abstract

The right to information about one's own health condition, including adverse prognosis, derives from the provisions of the Act on Patients' Rights and Patients' Ombudsman and the Code of Medical Ethics. Appropriate tools, such as the SPIKES protocol, can support doctors in communicating a poor prognosis. The aim of this study was to investigate how doctors working in primary care communicate information about an adverse prognosis to their patients and their relatives. 72.2% of the 744 surveyed primary care physicians claimed that they raised the issue of death or adverse prognosis with the patient when directly asked, while 63.3% provided the information themselves. However, 15.1% of doctors did this in the absence of the patient without the patient's consent, and 40.2% of respondents indicated that they passed on information about a poor prognosis to the family with the patient's "implicit consent". In the study, in a selected group of primary health care (PHC) doctors who also specialised in palliative medicine, 100% of respondents declared that they had the autonomy to discuss a poor prognosis. To support GPs in exercising the patient's right to information about their condition, it is important to use the tools and competences for communicating a poor prognosis and to use the developed relationship with the patient and their relatives to communicate a poor prognosis openly. Continuous training, including in psychological competence, with psychological support for PHC doctors and the implementation of appropriate working protocols can help.

Key words: primary health care, communication, prognosis, palliative care, death.

Adres do korespondencji

Aleksander Michał Biesiada, AD VITAM Przychodnia Zdrowia sp. z o.o., NZOZ „Siloe”, ul. Korabnicka 7A, 32-050 Skawina, Polska, e-mail: alek.biesiada@gmail.com

WSTĘP

Efektywna komunikacja na linii lekarz-pacjent pełni kluczową rolę w budowaniu relacji między nimi, tworząc podstawy, dzięki którym realizowane mogą być tak istotne zadania, jak stawianie trafnej diagnozy, udzielanie właściwych porad, udzielanie wskazówek terapeutycznych oraz skuteczne ich wdrażanie przez pacjenta [1, 2]. Ostatecznym celem każdej komunikacji lekarz-pacjent jest poprawa zdrowia i opieki medycznej nad pacjentem. Badania dotyczące komunikacji lekarz-pacjent wykazały niezadowolenie pacjentów, nawet jeśli wielu lekarzy uznało tę komunikację za odpowiednią lub nawet doskonałą, co świadczy o tym, że sami lekarze mają tendencję do przeceniania swoich umiejętności w tej dziedzinie [3]. Dotyczy to także lekarzy rodzinnych.

Model komunikacji ewoluował przez lata od podejścia paternalistycznego do bardziej indywidualistycznego, nacechowanego partnerstwem między lekarzem i pacjentem [4]. Jednym z kluczowych elementów komunikacji jest przekazywanie informacji o niekorzystnym rokowaniu. Jeszcze w latach 1950–1970 utrzymywano, iż informacje o złym rokowaniu nie powinny być przekazywane pacjentowi z uwagi na niekorzystny wpływ na jego stan zdrowia i samopoczucie, a ich otwarte komunikowanie było uznawane za niehumanitarne [5]. Dotyczyło to szczególnie pacjentów obciążonych chorobą nowotworową [6]. Obecnie zasadnicze trzy cele komunikacji lekarz-pacjent obejmują: budowanie dobrej relacji, ułatwianie wymiany informacji oraz włączanie pacjenta w proces decyzyjny [2]. Dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem pomaga regulować emocje pacjentów, a także ułatwia zrozumienie informacji medycznych. Dzięki niej możliwe jest identyfikowanie potrzeb, postrzegania i oczekiwań po stronie pacjenta.

Podstawą prawną uzyskiwania informacji o stanie własnego zdrowia

Zgodnie z art. 31. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [7] oraz art. 9 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [8] obowiązkiem lekarza jest przekazywanie pacjentowi informacji dotyczących stanu jego zdrowia oraz wszelkich procedur medycznych, którym może być on poddany wraz z omówieniem ich potencjalnych konsekwencji oraz wpływu na jego zdrowie. Lekarz może odstąpić od takiego działania tylko na wyraźne żądanie pacjenta lub w przypadku gdy rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, a według oceny lekarza za brakiem przekazania informacji przemawia dobro pacjenta. W takiej sytuacji ma on jednak obowiązek poinformować o stanie zdrowia chorego jego przedstawiciela ustawowego lub osobę upoważnioną.

W przypadku decyzji lekarza o odstępieniu od leczenia powinien on dostatecznie wcześniej poinformować pacjenta o danym zamiarze oraz wskazać inne możliwości uzyskania świadczeń. W trakcie przekazywania informacji lekarz jest zobowiązany postępować z zachowaniem poszanowania godności i intymności pacjenta, jak wynika z Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Protokół SPIKES

W celu ułatwienia lekarzom postępowania obejmującego przekazywanie pacjentowi niepomyślnych wiadomości opracowano protokoły, które stanowią skuteczne wsparcie w podejmowaniu trudnych rozmów z chorymi. Jednym z takich narzędzi komunikacyjnych jest protokół SPIKES [6] przedstawiający schemat, według którego należy postępować w trakcie przekazywania niekorzystnych informacji. Na protokół SPIKES składa się 6 elementów, co obrazuje tabela 1.

Stosowanie tego schematu dzięki jego uporządkowanej, logicznej formie może znacząco ułatwić komunikację i budowanie relacji lekarza z pacjentem. Zmniejszenie cierpienia chorego poprzez okazanie mu wsparcia jest jednym z celów opieki medycznej.

Oczekiwania pacjentów

Na odbiór przekazywanych informacji w znacznym stopniu wpływa sposób, w jaki chory dowiadyuje się o niepomyślnych rokowaniach. Ma to także istotny wpływ na chęć kontynuowania terapii pod nadzorem danego lekarza [9].

Celem niniejszej pracy było zbadanie, w jaki sposób lekarze pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) komunikują swoim pacjentom i ich bliskim informacje o niekorzystnym rokowaniu.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w formie ankiety *online* dostępnej dla lekarzy pracujących w POZ, których całkowita liczba zgodnie z danymi z opracowania z 2019 r. wynosi 43 130 [10]. Ankieta podzielona była na część zawierającą dane demograficzne (5 pytań) i informacje dotyczące zatrudnienia oraz część merytoryczną (3 pytania).

Problem badawczy został sformułowany w toku prac autorów i przeglądu piśmiennictwa oraz doniesień o stanie faktycznym w zakresie komunikowania niekorzystnego rokowania. Ankieta została opracowana na podstawie przeglądu piśmiennictwa (patrz wstęp) dotyczącego poruszanego tematu oraz po wykonaniu serii rozmów autorów z klu-

Tabela 1. Protokół SPIKES

S (<i>setting</i>)	Stosowne otoczenie; w trakcie rozmowy należy zadbać o prywatność, komfortowe dla pacjenta warunki, nawiązanie odpowiedniej relacji. Choremu należy pozostawić decyzję dotyczącą uczestnictwa bliskiej osoby w rozmowie
P (<i>perception</i>)	Poznanie stanu wiedzy chorego; przed przekazaniem informacji lekarz powinien ocenić to, w jaki sposób pacjent postrzega swoją sytuację oraz jaki jest stan jego wiedzy w zakresie obecnej choroby, dzięki czemu możliwe będzie skorygowanie ewentualnych błędnych przekonań chorego
I (<i>invitation</i>)	Zaproszenie do rozmowy; na tym etapie istotne jest poznanie oczekiwań chorego w zakresie szczegółowości przekazywanych informacji oraz jego gotowości do przyjęcia tych wiadomości. Nabyta wiedza umożliwi dostosowanie formy i treści przekazywanych informacji
K (<i>knowledge</i>)	Przekazanie informacji; w celu zmniejszenia nieprzyjemnych doznań pacjenta warto jest przed przekazaniem złej informacji ostrzec chorego o zbliżających się wiadomościach. W trakcie rozmowy należy używać słownictwa adekwatnego do zdolności poznawczych chorego, informacje przekazywać stopniowo w niewielkich porcjach, upewniając się, że pacjent rozumiał ich znaczenie. Należy choremu pozostawić przestrzeń do własnych przemyśleń i zadawania pytań
E (<i>emotions and empathy</i>)	Emocje i empatia; pacjent powinien otrzymać możliwość wyrażenia swoich emocji i oswojenia się z nowymi informacjami. Rolą lekarza jest okazanie empatii i zrozumienia dla trudnej sytuacji chorego
S (<i>strategy and summary</i>)	Plan działania i podsumowanie; jeśli pacjent jest gotowy na rozmowę o dalszym postępowaniu, należy ją przeprowadzić, włączając chorego w proces decyzyjny. Dzięki przedstawieniu możliwych ścieżek pacjenci odczuwają większe poczucie kontroli nad obecną sytuacją, a przez to są mniej skłonni do odczuwania niepokoju i niepewności

czowymi osobami związanymi z zakresem badania. Na tym etapie sformułowano zasadnicze pytania oraz oczekiwania odnośnie do efektów badania. Zebrano je w formie kwestionariusza posługującego się pytaniami z sugestiami odpowiedzi, pytaniami otwartymi oraz pytaniami wykorzystującymi skalę Likerta.

Badanie prowadzono z wykorzystaniem systemu do zbierania danych *online* typeform.com, systemu analityki internetowej Analytics Google oraz plików Google Docs. Po uruchomieniu i skonfigurowaniu wykorzystywanych narzędzi wykonano badanie pilotażowe na grupie 10 lekarzy, sprawdzając, czy pytania są jasno sformułowane i czy nie ma technicznych trudności z udzielaniem odpowiedzi.

Korzystając ze zmodyfikowanego wzoru Cochra dla całkowitej liczby badanych, to jest 43 130 lekarzy, zachowując 95% przedział ufności ($\alpha = 0,95$), wielkość frakcji 0,5 (nieznana *a priori* częstość odpowiedzi, $p = 0,5$) oraz błąd maksymalny równy 5% ($d = 0,05$), liczba badanych nie mogła być mniejsza niż 381 osób.

Badanie było udostępnione w przedziale czasowym między 10 czerwca 2020 r. a 10 września 2021 r. Czas zbierania danych badawczych zbiegł się z pandemią wirusa SARS-CoV-2. Autorzy zdecydowali się zrealizować ankietę w jedyny dający pełne bezpieczeństwo ankietowanych sposób, to jest poprzez ankietę *online*. Informacja o badaniu została przekazana klasycznymi kanałami (zaproszenia ustne, pisemne, informacja podczas wydarzeń) oraz poprzez kanały *online* (*newsletter*, strona www, forum lekarzy POZ skupionych na grupie na portalu face-

book.com), co miało na celu zaproszenie do badania wszystkich lekarzy, niezależnie od ich codziennego wykorzystania mediów elektronicznych.

Autorzy postawili sobie za cel zebranie danych od 1% lekarzy zatrudnionych w POZ w Polsce [10], który to cel osiągnięto i zamknięto okres zbierania danych. Badacze zbierali dane z użyciem kwestionariusza tylko od bezpośrednio badanych lekarzy.

Badania przeprowadzono zgodnie z Deklaracją Helsińską. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, nr decyzji KB 472/2020, nr ewidencyjny: CWN UMW: SUB. C290.19.054.

Analizie poddano wyniki zebrane od 744 lekarzy praktykujących na co dzień w ramach POZ. Odrzucano 2 ankiety, które nie zostały wypełnione w całości. Szesnastu ankietowanych udzieliło odpowiedzi, iż nie pracują w POZ, co według ustalonego algorytmu w badaniu automatycznie uniemożliwiło udzielenie odpowiedzi w ankiecie.

Analiza statystyczna

Analizę przeprowadzono w Statistica 13.1. W statystyce do testowania normalności stosowano test Shapiro-Wilka. Dla zmiennych ciągłych o rozkładzie normalnym zastosowano wartości średnie i 95% przedziały ufności (95% CI). Jednocześnie dla pozostałych zastosowano mediany i wartości kwartylowe (Q25, Q75). Ocenę zależności między parametrami wykonano z użyciem współczynnika korelacji Spearmana. Wartości p mniejsze niż 0,05 uznano za istotne statystycznie.

WYNIKI

Spośród 726 ankietowanych ponad 85% posiada staż zawodowy jako lekarza POZ trwający co najmniej rok, przy czym ponad połowa lekarzy pracuje w POZ co najmniej 6 lat. Tylko w przypadku 1/8 respondentów staż pracy wynosi poniżej 1 roku (ryc. 1).

Zdecydowana większość respondentów jako swoje główne miejsce pracy wymienia POZ (87,6%), a jedynie niewielka ich część (3,3% respondentów) podejmuje jednocześnie pracę w opiece paliatywnej. Natomiast 9,2% respondentów przyznało, że POZ nie jest ich jedynym i głównym miejscem pracy (ryc. 2).

Jak ilustruje wykres, średni czas pracy większości respondentów to 20–40 godzin w tygodniu. Jedna czwarta respondentów poświęca pracy w placówce POZ ponad 40 godzin, a czas pracy jedynie 4,4% respondentów jest krótszy niż 10 godzin w tygodniu (ryc. 3).

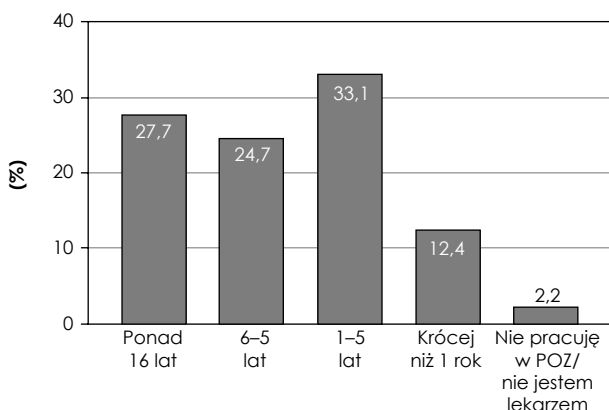
Trzy czwarte respondentów biorących udział w badaniu to specjaliści z zakresu medycyny rodzinnej lub w trakcie jej zdobywania. Część respondentów to specjaliści z dziedziny chorób wewnętrznych

(16,8% respondentów), przy czym 8% to specjaliści jednocześnie z medycyny rodzinnej i chorób wewnętrznych. W badaniu wzięło udział 12 specjalistów medycyny paliatywnej (1,6%) oraz 20 specjalistów chorób dzieci (2,8%) (ryc. 4).

DYSKUSJA

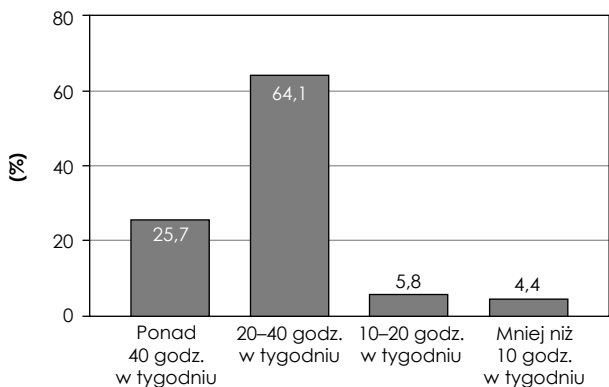
Większość badanych lekarzy (72,2%) porusza kwestię śmierci lub niekorzystnego rokowania w rozmowie z pacjentem na jego bezpośrednią prośbę, samodzielnie zaś – łącznie 63,3% (przy zachowaniu jednak wybranych przez siebie kryteriów dla podjęcia tej decyzji, co wskazano na rycinie 5). W wyodrębnionej grupie lekarzy POZ mających jednocześnie specjalizację z medycyny paliatywnej samodzielność w zakresie podejmowania rozmowy o niekorzystnym rokowaniu deklaruje 100% badanych (ryc. 6).

Badanie ujawniło, iż największą samodzielność w zakresie przekazywania informacji o niekorzystnym rokowaniu prezentują lekarze POZ o stażu pracy 1–5 lat ($n = 178$, to jest 72,4% badanej grupy), najmniej-

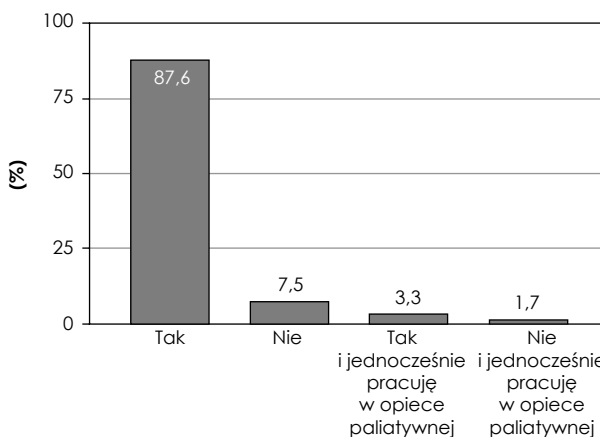


Ryc. 1. Długość stażu zawodowego respondentów jako lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

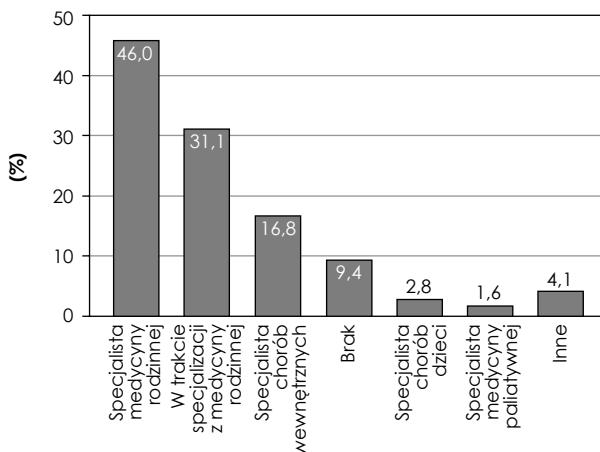
POZ – podstawowa opieka zdrowotna



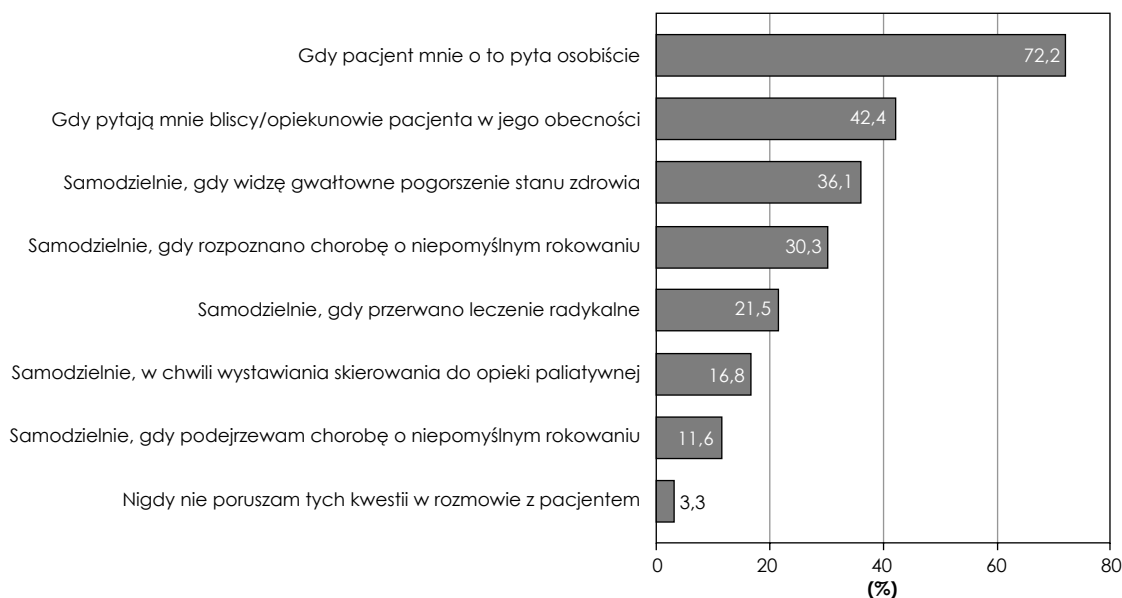
Ryc. 3. Liczba godzin poświęconych średnio na pracę w podstawowej opiece zdrowotnej tygodniowo



Ryc. 2. Odpowiedź na pytanie "Czy podstawowa opieka zdrowotna jest Pani/Pana głównym miejscem pracy?"



Ryc. 4. Posiadane przez respondentów specjalizacje medyczne

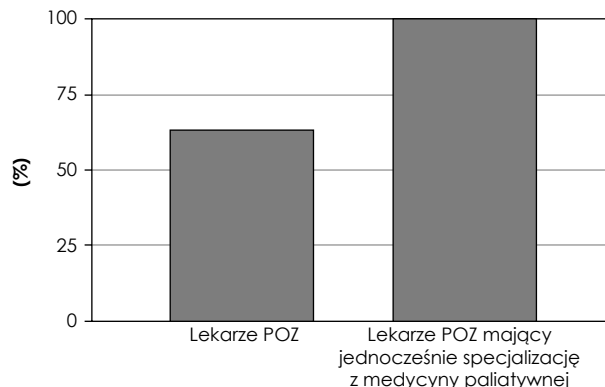


Ryc. 5. Sytuacje, w których ankietowani lekarze poruszają w rozmowie ze swoim pacjentem kwestię jego śmierci lub innych niepomyślnych rokowań

szą zaś samodzielność lekarze pracujący ponad 16 lat ($n = 110$, to jest 53,4% badanej grupy). Badanie wykazało, iż w miarę wzrostu długości czasu pracy początkowo samodzielność rośnie (do 5. roku pracy), potem zaś systematycznie maleje. Grupy różnią się w tym zakresie w sposób istotny statystycznie ($p = 0,005$). Jednocześnie lekarze nigdy nie przekazujący samodzielnie niekorzystnego rokowania pacjentowi dominują w grupie najmłodszej stażem ($n = 6$, to jest 6,5% z grupy badanej pracującej krócej niż 1 rok), podczas gdy w populacjach pracujących dłużej jest to odpowiednio 2,4% (staż pracy 1–5 lat), 2,2% (staż pracy 6–15 lat) i 3,9% (staż pracy ponad 16 lat) (tab. 2). Istotną statystycznie różnicę uzyskano dla skrajnych populacji (staż krótszy niż 1 rok i staż dłuższy niż 16 lat, $p = 0,006$).

Dla danych dotyczących różnic w zakresie przekazywania niekorzystnych rokowań (przekazują informacje samodzielnie lub nigdy nie przekazują takich informacji) pomiędzy lekarzami posiadającymi lub zdobywającymi specjalizację z medycyny rodzinnej nie osiągnięto istotności statystycznej ($p = 0,06$).

Analizyczną trudność stwierdzono w zakresie wpływu średniotygodniowego czasu pracy na przekazywanie niekorzystnych rokowań. W gru-



Ryc. 6. Samodzielne poruszanie w rozmowie z pacjentem kwestii śmierci lub niekorzystnego rokowania

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

pach pracujących najkrócej (poniżej 10 godzin/tydzień w POZ lub 10–20 godzin/tydzień) nie było lekarzy deklarujących, iż nigdy nie przekazują pacjentom niekorzystnego rokowania. Zwraca jednak uwagę, iż lekarze ci najczęściej posiadają inną specjalizację (np. pediatrię [12 spośród 32 pracujących do 10 godzin tygodniowo] czy choroby wewnętrzne [kolejnych 6 spośród 32 pracujących do 10 godzin tygodniowo] oraz medycynę paliatywną [następnych 6]). W efekcie dane pozyskane z ba-

Tabela 2. Staż pracy a samodzielność w przekazywaniu niekorzystnych rokowań

Staż pracy	Łącznie lekarzy (N)	Lekarze SAMODZIELNIE przekazujący niepomyślnie rokowanie		Lekarze NIGDY nie przekazujący niepomyślnego rokowania	
		(n)	%	(n)	%
Krócej niż 1 rok	92	54	58,7	6	6,5
1–5 lat	246	178	72,4	6	2,4
6–15 lat	184	118	64,1	4	2,2
Ponad 16 lat	206	110	53,4	8	3,9

Tabela 3. Omawianie stanu zdrowia chorego o złym rokowaniu z bliskimi/opiekunami pacjenta

Główne miejsce pracy to POZ	Wszyscy	Lekarze przekazujący rokowanie tylko za zgodą pacjenta wyrażoną wprost		Lekarze przekazujący rokowanie za zgodą rodziny pacjenta		Lekarze przekazujący rokowanie bez wiedzy pacjenta		Lekarze przekazujący rokowanie nawet jeśli pacjent sobie tego nie życzył	
		(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Tak	634	302	47,6	54	8,5	24	3,8	6	0,9
Nie	54	38	70,4	6	11,1	2	3,7	0	0,0

dania nie pozwalają stwierdzić, czy to czas pracy, czy posiadana druga specjalizacja wpływają na przekazywanie niekorzystnego rokowania.

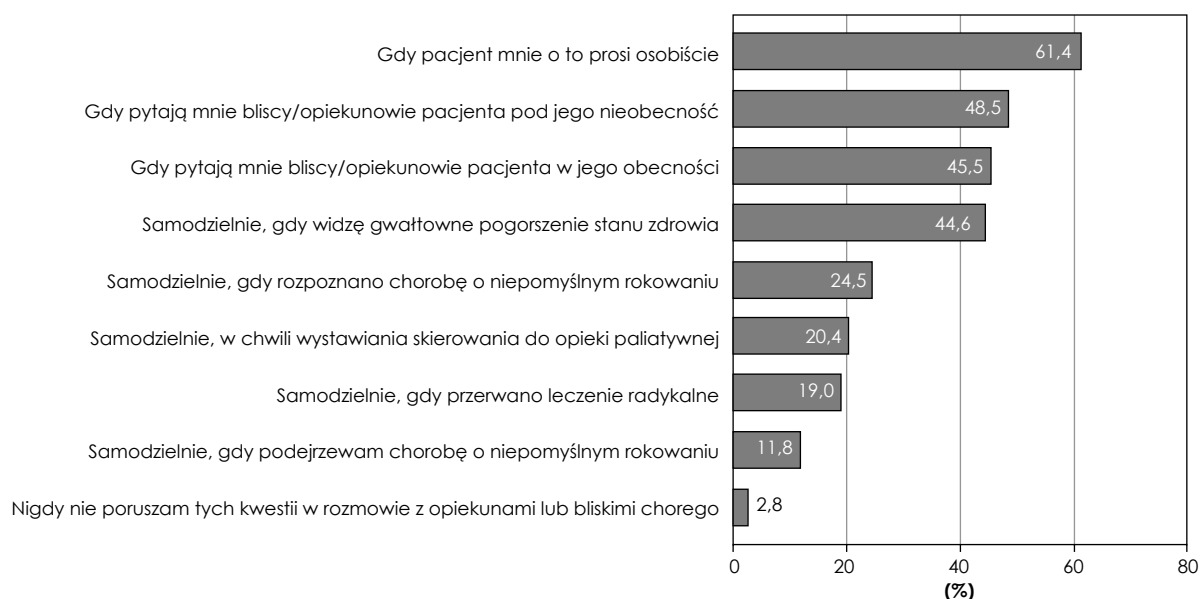
Główne miejsce pracy ma istotny statystycznie wpływ ($p = 0,002$) na przekazywanie informacji o niekorzystnym rokowaniu bliskim/opiekunom pacjenta. Tylko za wyrażoną wprost zgodą chorego czyni to 47,6% lekarzy pracujących głównie w POZ ($n = 302$), względem 70,4% lekarzy pracujący w POZ dodatkowo ($n = 38$). Dla innych sposobów przekazywania niekorzystnego rokowania bliskim/opiekunom nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic, istotne zebrano w tabeli 3.

W badaniu zwraca uwagę odsetek lekarzy POZ, którzy zadeklarowali przekazywanie rodzinie osoby chorej informacji o niekorzystnym rokowaniu bez uprzedniego uzyskania na to zgody samego pacjenta. 15,1% badanych wskazywało, iż czynią to pod nieobecność chorego bez jego zgody. 40,2% badanych wskazało, iż przekazuje informacje o niekorzystnym rokowaniu rodzinie za "domniemaną zgodą chorego", przy czym dalsze 3,6% badanych czyni to nawet bez "domniemania zgody chorego" i jego wiedzy. Jednocześnie 51,5% badanych lekarzy za-

deklarowało jednoznacznie, iż czyni to wyłącznie po uzyskaniu zgody chorego.

Przeprowadzone badania wskazują, iż wielu pacjentów w sposób negatywny ocenia przebieg rozmowy, w trakcie której zostały im przekazane złe wiadomości. Jako najczęstsze powody takiej oceny wymieniają nietaktowne zachowanie lekarza w trakcie rozmowy, niewystarczającą ilość czasu poświęconą na przekazanie informacji, brak uwagi ze strony lekarza, używanie niezrozumiałej terminologii medycznej oraz zbyt małą ilość informacji dotyczących diagnozy i możliwości dalszego postępowania. Jako czynniki decydujące o pozytywnym odbiorze pacjenci określają przede wszystkim szczerść lekarzy i ich podejście względem danej sytuacji oraz poczucie zaufania do prowadzącego specjalisty.

Z perspektywy lekarza przekazującego niepomysłne informacje bardzo ważne jest określenie obecnego stanu wiedzy pacjenta (P – *perception*) oraz jego oczekiwań dotyczących ilości przekazywanych wiadomości (I – *invitation*). Złożoność potrzeb i preferencji pacjentów w zakresie informacji sprawia, że rola lekarza jest w tym aspekcie trudna. Pacjenci chcą znać prawdę na temat swojego obecnego sta-

**Ryc. 7.** Sytuacje, w których ankietowani lekarze poruszają w rozmowie z bliskimi lub opiekunami chorego kwestię jego śmierci lub innych niepomysłnych rokowań

nu zdrowia, choć zakres pożądaných informacji jest różny [11, 12]. Większość pacjentów preferuje otrzymywanie pełnej informacji dotyczącej swojej sytuacji oraz dalszego postępowania (50–70% pacjentów, w zależności od okoliczności) [13], jednak wielu chorych oczekuje informacji jedynie o niezbędnych elementach wymaganych do podjęcia odpowiednich działań, co może być uwarunkowane obawą przed otrzymaniem złych wiadomości, które mogłyby sprawić przykrość zarówno im, jak i ich bliskim [14]. Jednocześnie chcą oni jednak być zaangażowani w proces podejmowania decyzji (43% jako wiodący w zakresie decyzji, 47% we współpracy z lekarzem: w badaniu na podstawie ankiety pacjentów z rakiem prostaty) [15]. W takiej sytuacji należy z szacunkiem przyjąć decyzję pacjenta i pozostałe informacje przekazać wskazanej przez niego bliskiej osobie. Warto także mieć na uwadze, iż w przypadku niektórych chorób informowanie bliskich jest wręcz warunkiem koniecznym do prowadzenia terapii w odpowiedni sposób. Ważne jest także to, aby podczas każdej konsultacji uzyskać od pacjenta informacje o jego potrzebach w zakresie informacji, ponieważ mogą one się zmieniać w czasie [15].

Rozmowa, w trakcie której przekazywane są niepomyślne informacje, jest źródłem stresu nie tylko dla pacjentów, ale także dla lekarzy [16, 17]. Na podstawie badań przeprowadzonych wśród polskich lekarzy stwierdzono, iż większość specjalistów przekazujących niepomyślne wiadomości w codziennej praktyce określa swoje umiejętności komunikacyjne jako dobre, oparte na wiedzy nabytej podczas dedykowanych kursów, studiów lub szkoleń specjalizacyjnych, choć w trakcie przekazywania niepomyślnych informacji prawie 90% ankietowanych kieruje się przede wszystkim intuicją [18]. Respondenci jako najtrudniejsze tematy poruszane z pacjentami wymieniają przekazywanie wiadomości o zakończeniu leczenia przyczynowego oraz przygotowanie pacjenta i jego bliskich do śmierci. Reakcje i emocje okazywane przez chorych są uznawane za najbardziej wymagający aspekt takich rozmów [18]. Niepokojący jest jednak fakt, że tylko 20% lekarzy jest zaznajomiona z technikami komunikacyjnymi opartymi na protokołach (np. SPIKES) służącymi do przekazywania złych wiadomości. Wskazuje to na konieczność podniesienia poziomu edukacji w zakresie informowania pacjentów o niepomyślnym rokowaniu, a także położenia nacisku na trening umiejętności komunikacyjnych dostosowany do potrzeb lekarzy. Trening umiejętności interpersonalnych, szczególnie w zakresie zarządzania emocjami i stosowania odpowiednich technik komunikacyjnych, może być skutecznym narzędziem, które ułatwi przeprowadzanie trudnych rozmów [16, 18].

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, iż jednym z elementów wpływających na przekazywanie

informacji o niekorzystnym rokowaniu bądź śmierci może być nieprzepracowany lęk przed śmiercią wśród personelu medycznego. Kontakt lekarza POZ z pacjentem umierającym może wzbudzać u lekarza lęk przed jego własną śmiercią. Przepracowanie lęku tanatycznego może stanowić istotny element wzmacniający lekarza POZ w jego relacji z pacjentem o niekorzystnym rokowaniu [19].

PODSUMOWANIE

Przekazywanie niepomyślnych informacji stanowi istotną umiejętność każdego lekarza POZ. Badanie zbiera wstępne dane dotyczące przekazywania informacji przez tę grupę lekarzy, a w wynikach zwraca uwagę zwłaszcza na trudności w bezpośrednim realizowaniu prawa pacjenta do informacji na temat własnego zdrowia. Ważne jest wsparcie lekarzy POZ w wykorzystaniu przez nich narzędzi i kompetencji w zakresie przekazywania niekorzystnego rokowania oraz wykorzystanie wypracowanej relacji z pacjentem i jego bliskimi do komunikowania w sposób otwarty niekorzystnego rokowania. Pomocne w tym może być ustawiczne szkolenie, w tym w zakresie kompetencji psychologicznych, z jednoczesnym psychologicznym wsparciem lekarzy POZ. Poznanie określonych protokołów, np. SPIKES, również może okazać się przydatne. Dążenie do przekazania całej prawdy z uwzględnieniem odpowiedniej formy przekazu jest zbieżne z oczekiwaniami pacjentów.

Przeprowadzone badanie dotyczące przekazywania niepomyślnych wiadomości przez lekarzy POZ zbiegło się w czasie z pandemią wirusa SARS-CoV-2. Dane zebrane w badaniu dotyczyły okresu poprzedzającego okres pandemii, o czym badani lekarze byli uprzedzeni na początku badania.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004; 79: 495-507.
2. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol* 2005; 17: 351-354.
3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423-1433.
4. Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med* 2003; 57: 791-806.
5. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2002; 464-483.

6. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-311.
7. Act on the professions of doctor and dentist of 5 December 1996.
8. Act of 6 November 2008 on Patients' Rights and Patients' Ombudsman.
9. Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12: 2397-2404.
10. Windak A. Raport „Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian”. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Lublin 2019, 3.
11. Malmström A, Åkesson L, Milos P, et al. “Do I want to know it all?” A qualitative study of glioma patients' perspectives on receiving information about their diagnosis and prognosis. *Support Care Cancer* 2021; 29: 3339-3346.
12. Platis C, Papagianni A, Stergiannis P, et al. Attitudes of the general population regarding patient information for a chronic and life-threatening disease: a cross-sectional study. *Adv Exp Med Biol* 2021; 1337: 177-184.
13. Mistry A, Wilson S, Priestman T, et al. How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey. *JRSM Short Rep* 2010; 1: 30.
14. Furber L, Bonas S, Murtagh G, et al. Patients' experiences of an initial consultation in oncology: knowing and not knowing. *Br J Health Psychol* 2015; 20: 261-273.
15. Davison BJ, Parker PA, Goldenberg SL. Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making. *BJU Int* 2004; 93: 47-51.
16. Studer RK, Danuser B, Gomez P. Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: a critical literature review. *Int J Psychophysiol* 2017; 120: 14-22.
17. Shaw J, Brown R, Heinrich P, et al. Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns* 2013; 93: 203-208.
18. Zielińska P, Jarosz M, Kwiecińska A, et al. Main communication barriers in the process of delivering bad news to oncological patients – medical perspective. *Folia Med Cracov* 2017; 57: 101-112.
19. Binnebesel J. Fear of death in medical professionals and social workers. *Palliat Med* 2021; 13: 228-234.