



Death Education For Palliative Psychology

Komunikacja w opiece paliatywnej

Zagadnienia i kompetencje

Moduł trzeci zawiera informacje jak rozmawiać o poważnych chorobach z pacjentami oraz ich rodzinami, a także jakie są dobre praktyki w zakresie przekazywania niepomyślnych wiadomości przez pracowników ochrony zdrowia

Kompetencje do nabycia:

- Dostrzeżenie znaczenia oraz skutków przekazywania informacji zarówno na temat rokowań jak i interwencji w kontekście opieki paliatywnej.
- Promowanie umiejętności komunikacyjnych wśród zespołów pracowników ochrony zdrowia
- Rozumienie podstawowych zasad empatycznej komunikacji oraz strategii jej stosowania



Erasmus+

Co-funded by the Erasmus+
Program of the European Union



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



KATOLICKI
UNIwersYTET
LUBELSKI
JANA PAWŁA II



VOLUME 35 · NUMBER 31 · NOVEMBER 1, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline

*Timothy Gilligan, Nessa Coyle, Richard M. Frankel, Donna L. Berry, Kari Bohlke, Ronald M. Epstein, Esme Finlay,
Vicki A. Jackson, Christopher S. Lathan, Charles L. Loprinzi, Lynne H. Nguyen, Carole Seigel, and Walter F. Baile*

- Na pracowników ochrony zdrowia, w szczególności lekarzy, często spada obowiązek **przekazania druzgocących wiadomości** związanych z niepomyślną diagnozą lub rokowaniami, zarówno pacjentom jak i ich rodzinom.
- Pacjenci na postawioną diagnozę i sposoby leczenia reagują strachem, złością lub smutkiem. Obecność wszystkich tych **negatywnych emocji** sprawia, że przeprowadzenie rozmowy staje się szczególnie trudne i wymaga delikatności.
- Onkologia i opieka paliatywna zajmują się bardzo szerokim zakresem chorób, ze skomplikowaną charakterystyką i procesami leczenia. Często zdarza się, że pacjenci nie mają odpowiedniego zaplecza kulturowego/wiedzy, aby zrozumieć co się z nimi dzieje.



Erasmus+

Co-funded by the Erasmus+
Program of the European Union



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT

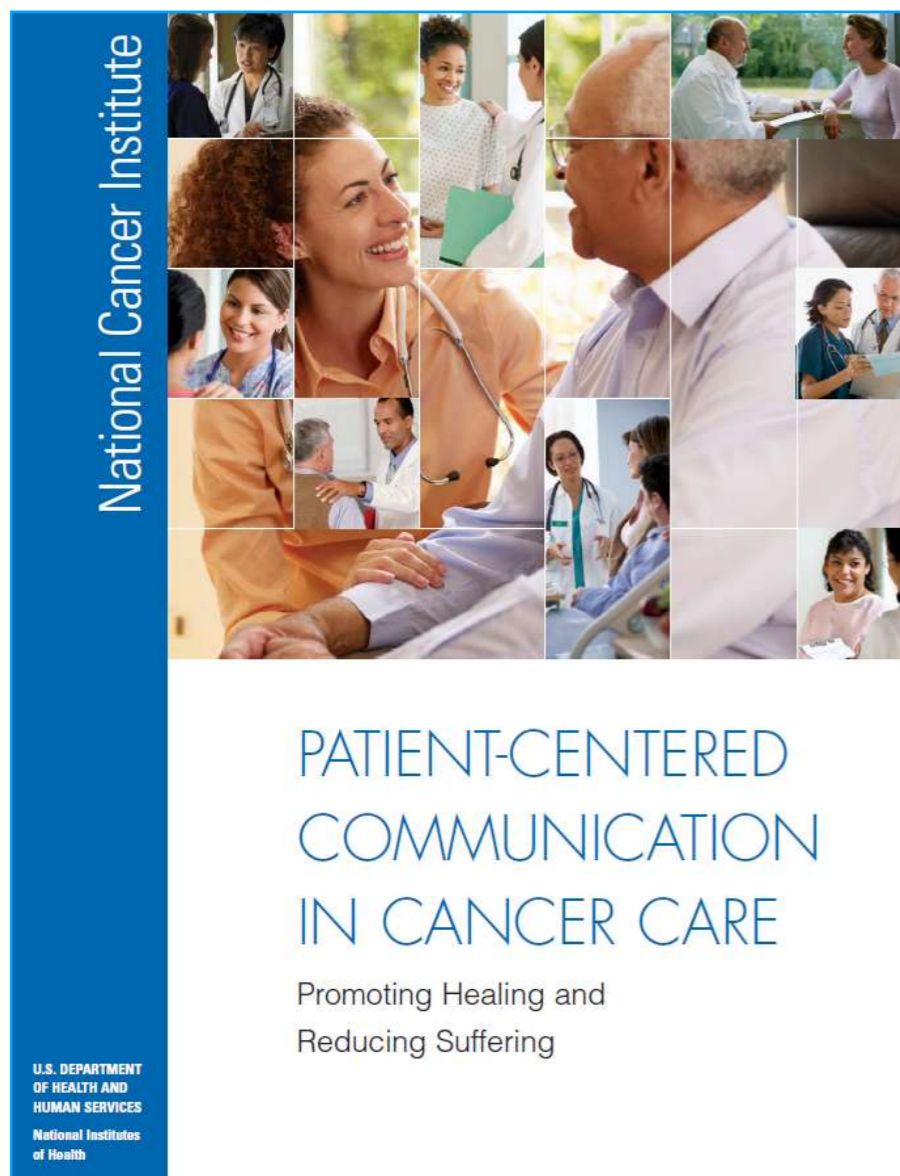


FONDAZIONE
ANT
1978 ONLUS
Assistenza Nazionale Tumori

KATOLICKI
UNIwersYTET
LUBELSKI
JANA PAWŁA II
KUL 1918



Dobra komunikacja lekarz-pacjent wiąże się z:



- Większą satysfakcją pacjenta
- Skuteczniejszym radzeniem sobie z objawami
- Lepszym radzeniem sobie z sytuacją kresu życia
- Bardziej skrupulatnym przestrzeganiem zaleceń leczniczych
- Zmniejszeniem nasilenia objawów lękowych
- Zmniejszeniem ilości skarg na niewłaściwe praktyki medyczne

GILLIGAN, SALMI, AND ENZINGER

Patient-Clinician Communication Is a Joint Creation: Working Together Toward Well-Being

Timothy Gilligan, MD, Liz Salmi, and Andrea Enzinger, MD

2018 ASCO EDUCATIONAL BOOK | asco.org/edbook

Przed onkologami klinicznymi stoi niebywale trudne zadanie: **poprowadzić pacjentów w prawdopodobnie najbardziej przerażającej i nieprzyjemnej podróży ich życia.**

Lekarze muszą dbać o **zachowanie nadziei** u swoich pacjentów, a jednocześnie przekazywać im **rzetelne informacje** na temat stanu ich zdrowia.

Komunikacja pomiędzy lekarzem i pacjentem jest również formą opieki!

**PLEASE
NOTE..**

Empatyczna komunikacja

Jedynym sposobem, aby być empatycznym wobec pacjentów jest sprawienie, aby czuli, że ich emocje są rozpoznane i ważne



WALTER BAILE

The Communication in
Medicine
Academy of Science of
Palliative Medicine
16th March 2013



The Good Doctor

Don S. Dizon, MD, FACP, FASCO

@drdonsdizon

Sep 25, 2018

ASCO[®] Connection
The professional networking
site for ASCO's worldwide
oncology community

DIZON, POLITI, AND BACK, MD

The Power of Words: Discussing Decision Making and Prognosis

Don S. Dizon, MD, Mary C. Politi, PhD, and Anthony L. Back, MD

“Pomimo postępów medycyny, relacja pacjent-lekarz pozostaje w sercu opieki klinicznej i to twierdzenie może być szczególnie prawdziwe w onkologii”.

EDITORIAL



Communication in cancer

Elie Isenberg-Grzeda and Janet Ellis

KOMUNIKACJA jest kluczowym elementem **ludzkiego życia**.

Klinicyści są po pierwsze ludźmi, a dopiero potem pracownikami ochrony zdrowia.

Ta idea bywa „gubiona” w trakcie szkolenia i praktyki medycznej, dlatego też u personelu medycznego może zaistnieć potrzeba ponownej nauki jak komunikować się z pacjentem na różnych poziomach i w obrębie różnych tematów.



Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline

Timothy Gilligan, Nessa Coyle, Richard M. Frankel, Donna L. Berry, Kari Bohlke, Ronald M. Epstein, Esme Finlay, Vicki A. Jackson, Christopher S. Lathan, Charles L. Loprinzi, Lynne H. Nguyen, Carole Seigel, and Walter F. Baile

W roku 2017, ASCO (American Society of Clinical Oncology) opracowało pierwszą wersję **wytycznych dotyczących komunikacji**, gdzie rekomenduje się:

1. **PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNE**
2. **OMÓWIENIE ZARÓWNO CELÓW LECZENIA JAK I ROKOWANIA**
3. **OMÓWIENIE MOŻLIWOŚCI LECZENIA I BADAŃ KLINICZNYCH**
4. **OMÓWIENIE TERAPII U KRESU ŻYCIA**
5. **UŻYCIE KOMUNIKACJI ABY WZMOCNIĆ ZAANGAŻOWANIE RODZINY W PLANOWANIE OPIEKI**
6. **POKONYWANIE BARIER KOMUNIKACYJNYCH**
7. **OMÓWIENIE KOSZTÓW LECZENIA**
8. **ZASPOKAJANIE POTRZEB OSÓB ZAGROŻONYCH WYKLUCZENIEM**
9. **SZKOLENIE KLINICYSTÓW W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH**

Review



OPEN ACCESS

How to communicate with patients about future illness progression and end of life: a systematic review

Parry R, et al. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2014;4:331–341. doi:10.1136/bmjspcare-2014-000649

Otwarte pytania sondujące (ang. fishing questions) oraz rozmowa nie wprost (ang. indirect talk) okazały się skuteczne w rozmowie na delikatne tematy. Taki sposób komunikacji daje pacjentom możliwość uniknięcia angażowania się w dyskusję na - w danym momencie nazbyt trudne - tematy.

Takie podejście jest uważane za przydatne głównie wtedy, gdy lekarz nie jest pewien, czy dana osoba jest otwarta na dyskusję na tematy wrażliwe dotyczące jej zdrowia.

Pytania hipotetyczne efektywniej prowadzą do rozmowy na określony temat, a tym samym wyznaczają ramy dyskusji.

Tego typu pytania mogą być stosowane, gdy lekarz uważa, że prowadzenie takiej rozmowy jest dla pacjenta istotne (tzn. gdy należy podjąć decyzję o leczeniu).

Umiejętności komunikacyjne i ich trening

The
Oncologist®

Symptom Management and Supportive Care

The Oncologist 2019;24:1–11 www.TheOncologist.com

Effect of a Skills Training for Oncologists and a Patient Communication Aid on Shared Decision Making About Palliative Systemic Treatment: A Randomized Clinical Trial

INGE HENSELMANS^{a,d,e}, HANNEKE W.M. VAN LAARHOVEN^{b,e}, POMME VAN MAARSCHALKERWEERD^a, HANNEKE C.J.M. DE HAES^a,
MARCEL G.W. DIJKRAAF^c, DIRKIE W. SOMMEIJER^{b,f}, PETRONELLA B. OTTEVANGER^e, HELLE-BRIT FIEBRICH^h, SERGE DOHMENⁱ,
GEERT-JAN CREEMERS^j, FILIP Y.F.L. DE VOS^k, ELLEN M.A. SMETS^{a,d,e}

Wieloośrodkowe randomizowane, kontrolowane badanie kliniczne (RCT) (2016-2018)

- 31 losowo wybranych onkologów zostało poproszonych o wzięcie lub odmowę wzięcia udziału w szkoleniu umiejętności komunikacyjnych w zakresie wspólnego podejmowania decyzji (SDM)
- 194 losowo wybranych pacjentów z zaawansowanym stadium choroby nowotworowej poproszono o udział lub odmowę udziału w programie wsparcia komunikacyjnego wraz ze swoimi lekarzami



The Oncologist®

Symptom Management and Supportive Care

The Oncologist 2019;24:1–11 www.TheOncologist.com

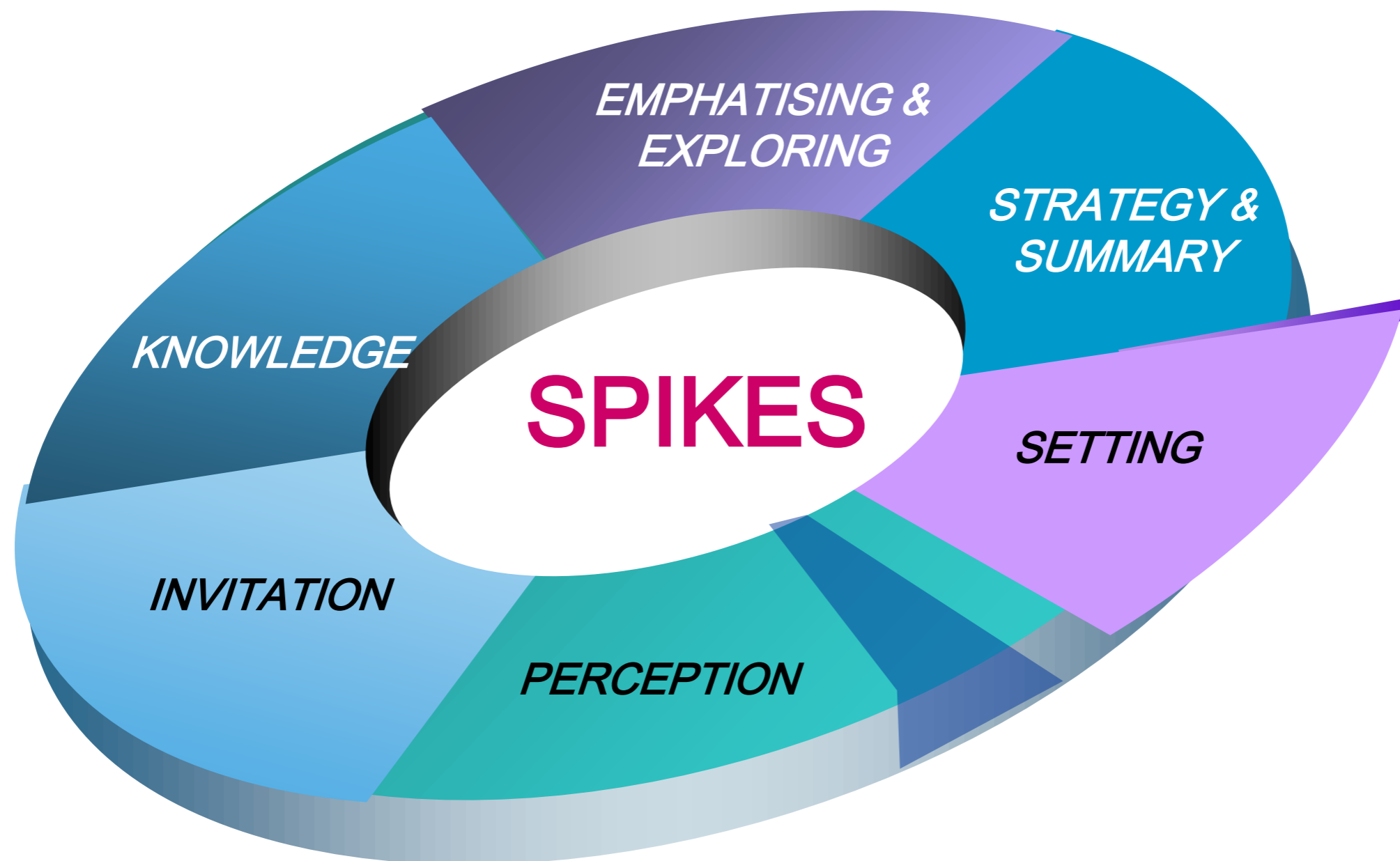
Effect of a Skills Training for Oncologists and a Patient Communication Aid on Shared Decision Making About Palliative Systemic Treatment: A Randomized Clinical Trial

INGE HENSELMANS^{a,d,e}, HANNEKE W.M. VAN LAARHOVEN^{b,e}, POMME VAN MAARSCHALKERWEERD^a, HANNEKE C.J.M. DE HAES^a, MARCEL G.W. DIJKGRAAF^c, DIRKJE W. SOMMEIJER^{b,f}, PETRONELLA B. OTTEVANGER^e, HELLE-BRIT FIEBRICH^h, SERGE DOHMENⁱ, GEERT-JAN CREEMERS^j, FILIP Y.F.L. DE VOS^k, ELLEN M.A. SMETS^{a,d,e}

Outcomes	Training		Communication aid		Combination	
	b (95% CI)	Cohen's d ^a	b (95% CI)	Cohen's d ^a	b (95% CI)	Cohen's d ^a
SDM (OPTION12, 0–100) ^b	18.06 (12.81 to 23.15) ^c	1.12	0.22 (–4.64 to 5.51)	0.01	19.33 (14.66 to 24.25) ^c	1.21
SDM (4SDM, 0–24)	6.68 (4.52 to 8.74) ^c	1.13	1.62 (–0.24 to 3.49)	0.28	7.17 (5.28 to 9.24) ^c	1.22
SDM step 1 (0–6): Setting SDM agenda	1.87 (1.30 to 2.45) ^c	1.07	0.42 (–0.16 to 1.06)	0.25	2.19 (1.67 to 2.79) ^c	1.24
SDM step 2 (0–6): Informing ^d	2.08 (1.36 to 2.79) ^c	1.19	0.32 (–0.23 to 0.87)	0.19	2.15 (1.44 to 2.86) ^c	1.24
SDM step 3 (0–6): Exploring	1.59 (1.00 to 2.21) ^c	0.90	0.28 (–0.30 to 0.87)	0.16	1.61 (0.98 to 2.22) ^c	0.92
SDM step 4 (0–6): Deciding ^d	1.08 (0.34 to 1.81) ^c	0.60	0.32 (–0.33 to 0.97)	0.19	1.26 (0.52 to 1.99) ^c	0.71

To 10-godzinne szkolenie w zakresie umiejętności komunikacyjnych może znacząco poprawić wspólne podejmowanie decyzji (SDM), zarówno zgodnie z obserwacjami lekarzy, jak i relacjami pacjentów, nawet wiele miesięcy po szkoleniu.

Przekazywanie niepomyślnych wiadomości – protokół SPIKES



Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP (2000)

SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* 5:302-311

- **STOSOWNE OTOCZENIE (SETTING)**: Postaraj się o zapewnienie odpowiedniego miejsca, czasu i nastawienia psychicznego przed rozmową

Należy wziąć pod uwagę kilka pomocniczych wskazówek:

- Zastanów się przed rozmową nad tym, co masz zamiar powiedzieć
- Weź pod uwagę ograniczenia czasowe i ewentualne przerwy
- Zapytaj czy pacjent chce zaangażować w rozmowę osoby bliskie
- Zapewnij sobie i rozmówcy trochę prywatności (usiądźcie w odizolowanym, cichym miejscu)
- Utrzymuj kontakt wzrokowy podczas interakcji

- **POZNANIE STANU WIEDZY CHOREGO (PERCEPTION)** Zorientuj się jak jaki jest stan wiedzy twojego rozmówcy

Celem jest ocena postrzegania choroby przez pacjenta, w szczególności uchwycenie ewentualnych rozbieżności pomiędzy stanem klinicznym a wyobrażeniami pacjenta.

Sposób postępowania:

- W zależności od sytuacji należy stosować pytania otwarte lub zamknięte.
- W uprzejmy sposób skoryguj nieprawidłowe informacje, które dana osoba posiada
- Zajmij się zaprzeczaniem i ograniczaniem nierealistycznych oczekiwań pacjenta

Por: Jarosz, M. (2013). Przekazywanie niepomyślnych informacji w praktyce klinicznej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 9(6), 225–229.

➤ **ZAPROSZENIE DO ROZMOWY (INVITATION)**: Uzyskaj zaproszenie od osoby, która ma być poinformowana.

- Podczas gdy większość pacjentów wyraża pragnienie uzyskania pełnej informacji na temat swojej diagnozy, rokowania i szczegółów dotyczących ich choroby, niektórzy nie wyrażają takiego pragnienia; oczekiwanie to może ulec zmianie.
- Z tego powodu konieczna jest dokładna ocena, ile i jakie informacje pacjent chce otrzymać i jaki jest najbardziej odpowiedni czas na ich przekazanie.

➤ **PRZEKAZANIE INFORMACJI (KNOWLEDGE)**: Przekaż informacje

Głównym celem jest przygotowanie pacjenta do otrzymania informacji, dostarczenie informacji w jak najodpowiedniejszy sposób, upewniając się, że są one zrozumiałe. W tym celu można przyjąć różne strategie:

- *Ostrzeż pacjenta, że nadchodzą złe wieści*
- *Podawaj informacje stopniowo*
- *Upewnij się, że pacjent uważnie słucha*
- *Używaj jasnego, prostego i pełnego szacunku języka, unikaj języka technicznego oraz dramatycznego i współczującego nastroju.*
- *Odnieś się do wszystkich pytań pacjenta*

➤ **EMPATYZOWANIE I EKSPRESJA EMOCJI (EMPHATISING & EXPLORING):** Bądź empatyczny/a i pozwalaj na wyrażanie emocji

Emocjonalne reakcje związane z rozmową muszą być brane pod uwagę przez klinicystów, którzy powinni pozostawić pacjentowi możliwość ich wyrażenia, dojścia do siebie po otrzymaniu informacji, rozpoznania i przyjęcia poczucia, że jego emocje są mile widziane.

Klinicysta o odpowiednim nastawieniu psychicznym powinien spodziewać się negatywnych emocji u pacjenta i być przygotowany do radzenia sobie z nimi.

Ważne jest również, aby klinicyści byli przygotowani do reagowania z uwagą i empatią na takie zachowania jak: płacz, potwierdzanie doświadczeń pacjenta dotyczących smutku, złości, strachu, itp,

➤ **PLAN DZIAŁANIA I PODSUMOWANIE (STRATEGY & SUMMARY):** Przedstaw plan działania i podsumowanie w końcowym etapie rozmowy

Celem tej końcowej fazy zadbanie, aby został sformułowany jasny, uzgodniony i wspólny plan pracy.

Do tego celu mogą prowadzić:

- Sprawdzenie, co pacjent zrozumiał
- Rozważenie wątpliwości i obaw pacjenta
- Udzielanie porad i przedstawienie opcji dotyczących leczenia
- Ponowne zaakcentowanie wspierającej postawy wobec pacjenta
- Zapewnienie o własnej dyspozycyjności do przeprowadzenia kolejnych rozmów

Konkluzja

DIZON, POLITI, AND BACK, MD

The Power of Words: Discussing Decision Making and Prognosis

Don S. Dizon, MD, Mary C. Politi, PhD, and Anthony L. Back, MD

Dr: *"Pomimo nieudanego leczenia pierwszego wyboru, istnieje dla ciebie wiele innych opcji."*

Amy: *"Brzmisz tak, jakby to była moja wina, jakbym zrobiła coś złego!"*

"Przepraszam, że "zawiodłam" w chemioterapii, jeśli tak myślisz, i przepraszam, że cię rozczarowałam."

Literatura:

- Henselmans, I., van Laarhoven, H. W., van Maarschalkerweerd, P., de Haes, H. C., Dijkgraaf, M. G., Sommeijer, D. W., ... & de Vos, F. Y. (2019). Effect of a Skills Training for Oncologists and a Patient Communication Aid on Shared Decision Making About Palliative Systemic Treatment: A Randomized Clinical Trial. *The Oncologist*. [theoncologist.2019-0453](https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0453). 10.1634/theoncologist.2019-0453.
- Geerse O.P., Lamas D.J. et al., (2019) A Qualitative Study of Serious Illness Conversations in Patients with Advanced Cancer, *Journal of Palliative Medicine* 22 (7).
- Isenberg-Grzeda, Elie; Ellis, Janet Editorial: Communication in cancer, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care: March 2019 - Volume 13 - Issue 1 - p 31-32* doi: 10.1097/SPC.0000000000000416
- Gilligan, T., Salmi, L., & Enzinger, A. (2018). Patient-clinician communication is a joint creation: Working together toward well-being. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 38, 532-539.
- Gilligan T., Coyle N et al (2017), Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline *Journal Of Clinical Oncology*, 35, 31
- Isenberg-Grzeda, Elie; Ellis, Janet Editorial: Communication in cancer, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care: March 2019 - Volume 13 - Issue 1 - p 31-32* doi: 10.1097/SPC.0000000000000000
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2018). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 73(2), 96-97
- Parry, R., Land, V., & Seymour, J. (2014). How to communicate with patients about future illness progression and end of life: a systematic review. *BMJ supportive & palliative care*, 4(4), 331-341.
- *Communicating Cancer: How to Convey What You Really Mean to Your Patients ASCO EDUCATIONAL BOOK 2013*
- Dizon, D. S., Politi, M. C., & Back, A. L. (2013). The power of words: discussing decision making and prognosis. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 33(1), 442-446.
- Klarare A, Hagelin CL, Fürst CJ et al. (2013). Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *J Palliat Med*, 16:1062-9.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute; Bethesda (No. 07-6225). MD: 2007. NIH Publication.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311.