

Jak rozmawiać o ryzyku związanym z terapią?

BENJAMIN P. SAYLOR, REDAKTOR WSPÓŁPRACUJĄCY

Rozmowa z pacjentkami na temat ryzyka związanego z planowanym leczeniem może być trudna zarówno dla ciebie, jak i dla nich. Określając ryzyko terapii i spodziewane efekty jej zastosowania we właściwym kontekście, możemy pomóc naszej pacjentce w podjęciu najlepszej decyzji dotyczącej jej zdrowia.

Wielu klinicystów – lekarzy praktyków uważa poinformowanie pacjenta o ryzyku związanym z leczeniem za jeden ze swoich najważniejszych obowiązków, ale niewielu znajduje czas, aby skutecznie przekazać wszystkie istotne informacje.¹ Problem stanowią takie sytuacje, w których pacjent błędnie rozumie lub nie dopuszcza do siebie informacji przekazanych mu przez lekarza. Jedynie zrozumienie trudności, przed jakimi stają lekarz i pacjent w związku z komunikowaniem ryzyka z jednej, a jego rozumieniem z drugiej strony, pozwoli podjąć kroki umożliwiające rozwiązanie tego istotnego problemu w opiece nad pacjentem.

Wszelkie działania mające na celu poprawę skuteczności informowania o ryzyku związanym z leczeniem powinny uwzględniać zrozumienie różnicy między ryzykiem bezwzględnym i względnym. Przypuśćmy na przykład, że na rynku pojawił się nowy środek antykoncepcyjny. Wśród kobiet przyjmujących go przez rok odsetek tych, które zaszły w ciążę, zmniejszył się (w stosunku do innych leków antykoncepcyjnych) z 20 do 10 na 1000. Inaczej mówiąc, ryzyko niepożądanego ciąży zmniejszyło się z 2 do 1%, zmiana bezwzględna wyniosła 1%. Oceny dokonano dla 1000-osobowej populacji kobiet: tak definiowane jest ryzyko bezwzględne. W ocenie ryzyka względnego nie ocenia się populacji 1000-osobowych, ale porównuje wartości ryzyka dla dwóch leków: przyjmowanie nowego leku antykoncepcyjnego zmniejsza ryzyko niepożądanego ciąży o 50% (zmniejszenie z 2 do 1% oznacza *de facto* 50% redukcję ryzyka). Ten parametr sugeruje, że nowy lek jest dwa razy lepszy niż stary. W rzeczywistości nowy lek zmniejsza bezwzględne ryzyko niepożądanego ciąży o 1% w porównaniu do starego, należy zatem mówić, że nowy lek jest lepszy o 1%, co zupełnie nie robi wrażenia.

Niestety, lekarze, media i inne źródła często informują o ryzyku względnym, nie bezwzględnym. Badania dotyczące informowania o ryzyku przez prasę zarówno etniczną/narodową (wydawana przez mniejszości narodowościowe i etniczne w Stanach Zjednoczonych – przyp. tłum.), jak i ogólną wskazują, że rzadko podaje ona ryzyko wystąpienia nowotworu w wartościach liczbowych. Jeśli jednak takie dane w tekście się znajdują, to jedynie 26,2% artykułów w prasie ogólnej i 29,5% w wydawanej przez mniejszości podaje informacje zarówno o ryzyku względnym, jak i bezwzględnym.² Przeprowadzono badanie przeglądowe, w którym przeanalizowano trzy prace uwzględniające ryzyko bezwzględne i względne i wykazano, że we wszystkich przypadkach wskaźnik ryzyka względnego lub określający korzyści z leczenia znacznie bardziej wpływał na pacjenta niż takie parametry, jak ryzyko bezwzględne lub NNT (number needed to treat – parametr wskazujący liczbę osób, które należy leczyć, aby osiągnąć korzyść).³

Podawanie ryzyka względnego, szczególnie wtedy, gdy nie jest ono wyrażone we właściwym kontekście (np. równoległe z podaniem ryzyka bezwzględnego) może nieproporcjonalnie wpływać na decyzje dotyczące leczenia, które pacjent podejmuje. W jednym badaniu, w którym choroba była hipotetyczna, pacjentów proszono o dokonanie wyboru między dwoma lekami o równej skuteczności.⁴ Użyto wskaźnika ryzyka względnego, aby wykazać korzyść ze stosowania jednego z leków, dla drugiego podano wskaźniki bezwzględne. Ponad połowa (56,8%) uczestników badania wybrała lek opisany wskaźnikami względnego ryzyka, a tylko 14,7% ten określony parametrami ryzyka bezwzględnego. W innej pracy wykazano, że w żadnej z 58 broszurek przeznaczonych dla pacjentów, a dotyczących badań przesiewowych wykonywanych ze względu na ryzyko raka piersi, nie podano korzyści ze skryningu w wartościach bezwzględnych.⁵

Kluczowe zagadnienia

- Podawaj zarówno informacje o ryzyku względnym, jak i bezwzględnym.
- Zwracaj uwagę na wpływ emocji, znaczenie innych źródeł informacji i umiejętność czytania i pisanie, którą posiada pacjent.
- Stosuj porównania, przy danych liczbowych podawaj opisy, określ ryzyko za pomocą wskaźników częstości i wykorzystuj pomoce wizualne, aby pomóc pacjentowi wyobrazić sobie konkretne ryzyko.

Utrudnienia w porozumieniu

Krytyczną rolę w podejmowaniu przez pacjenta decyzji o leczeniu odgrywają emocje. Wpływ ten nie zależy od poziomu wykształcenia i prowadzi do skupiania się przede wszystkim na „złym” ryzyku. Pacjenci obawiają się nieznanego ryzyka (np. żywności genetycznie modyfikowanej), mimo że oswojone zagrożenia mogą powodować realnie znacznie większe ryzyko (np. żywienie się w barach szybkiej obsługi). Zasadniczo także bardziej obawiają się ryzyka, nad którym nie mają kontroli (np. latania samolotem) niż tego, które mogą kontrolować (np. palenia tytoniu).^{6,7}

Ze względu na duże znaczenie emocji istotne staje się źródło informacji i zaufanie, jakim pacjent je darzy. Badania brytyjskie wskazują, że źródłami informacji, którym pacjent wierzy najbardziej, są przyjaciele i rodzina.⁸ Ponadto nadmiar informacji dostępnych za pośrednictwem internetu i innych źródeł może wzbudzać u pacjenta wątpliwości dotyczące tego, czy lekarz jest dobrze poinformowany na temat ryzyka w tym konkretnym przypadku. Może to sprawić, że będzie on wyolbrzymiał korzyści lub ryzyko związane z leczeniem farmakologicznym lub konkretną procedurą.⁶ Powyższe fakty zwiększają znaczenie dobrej relacji między pacjentem a lekarzem.

Informowanie o ryzyku jest z założenia informowaniem o niepewności: istnieje szansa, że procedura pomoże, ale istnieje także możliwość, że tak się nie stanie. Pacjenci nie lubią jednak niepewności. Trzeba też zauważyć, że w różnym stopniu chcą oni być włączani w proces decydowania o leczeniu.⁶ W jednym badaniu, którym objęto pacjentów z aktywnym procesem chorobowym, wykazano, że wprawdzie 66% oczekiwało udzielenia wielu informacji o swojej chorobie, to jednak podobny odsetek (61%) wolał pozostawić decyzje dotyczące leczenia swojemu lekarzowi.⁹

Kolejnym czynnikiem, który ma znaczenie dla porozumienia między lekarzem a pacjentem, jest poziom wykształcenia pacjenta. Uważa się, że ponad 20% Amerykanów znajduje się na najniższym poziomie (lub nawet poniżej), jeśli chodzi o umiejętność pisania, czytania i liczenia.¹⁰ Dla części pacjentów określenie ryzyka bezwzględnego jako 1:1 600 000 będzie zrozumiałe, inni nie zrozumieją różnicy między tak określonym parametrem a wartością ryzyka bezwzględnego wynoszącą 1:20 000.

Problemy z rozumieniem wartości liczbowych dotyczą nie tylko pacjentów. Ocena szansy powodzenia procedury operacyjnej określona następująco: „istnieje 80% prawdopodobieństwo, że zabieg przyniesie korzyść” bardzo łatwo może być źle zrozumiana zarówno przez pacjenta, jak i lekarza.¹¹ W jednym badaniu 48 lekarzy otrzymało polecenie oszacowania ryzyka nowotworu piersi u kobiet w wieku 40-50 lat z dodatnim wynikiem mammografii.^{12,13} Połowa lekarzy otrzymała informację potrzebną do podania odpowiedzi w formie wskaźników prawdopodobieństwa, pozostali w formie odnoszącej się do częstości występowania (np. 1 na 10 kobiet...). Wśród 24 lekarzy posługujących się wskaźnikiem prawdopodobieństwa tylko dwóch prawidłowo oszacowało ryzyko, natomiast w grupie posługującej się wskaźnikami częstości występowania 11 prawidłowo wykonało zadanie.

Poprawa komunikacji

Istnieje kilka metod, które lekarz może zastosować dla poprawy porozumienia z pacjentem, łączy je jednak wspólny mianownik: jest nim dostarczenie pacjentowi informacji w kontekście umożliwiającym lepsze jej zrozumienie. Może to być podanie w dyskusji informacji o ryzyku bezwzględnym.

Innym sposobem poprawy komunikacji jest podawanie pacjentowi przykładów ryzyka związanego z życiem codziennym tak, aby miał on podstawę porównawczą. Szybka i skuteczną drogą osiągnięcia porozumienia jest wykorzystywanie analogii obrazujących istotność omawianego ryzyka dla pacjenta (lub jej brak). W liście opublikowanym w *British Medical Journal* jeden z lekarzy porównywał ryzyko zgonu w wyniku nałogowego i długotrwałego palenia tytoniu wynoszące 50% do rzutu monetą.¹⁴ Można też porównać ryzyko leczenia z ryzykiem występującym w życiu codziennym, aby pokazać pacjentowi skalę problemu, np. zestawiając ryzyko zgonu związanego z przyjmowaniem leku wynoszące 1:1 600 000 z ryzykiem zgonu w wyniku upadku z drabiny wynoszącym 1:2555 lub utopienia w wannie wynoszącym 1:11 079.^{6,15}

Planując rozmowę o ryzyku trzeba rozważyć nie tylko to, co się chce powiedzieć, ale także sposób przekazu. Lekarze mogą często przekazywać informacje o ryzyku związanym z konkretną chorobą lub procedurą, ale to, co mówią i co pacjent słyszy, może nie być tym samym. Używanie jedynie terminów opisowych nie bierze pod uwagę możliwości percepcyjnych pacjenta. To, co lekarz uważa za nieistotne ryzyko, dla pacjenta może być przyczyną poważnego niepokoju. W celu ułatwienia porozumienia John Paling, PhD i Sir Kenneth C. Calman, MB, ChB, MD, PhD, DSc opracowali (niezależnie) standaryzowane skale terminów opisujących ryzyko, które korespondują z ryzykiem wyrażonym w postaci częstości lub parametrów prawdopodobieństwa.^{6,16} I tak Paling sugeruje, aby pojęcia „bardzo duże ryzyko” używać dla prawdopodobieństwa

między 1:1 a 1:10, natomiast „minimalne” dla ryzyka rzędu 1:100 000 do 1:1 000 000.⁶ Niezależnie od tego, czy klinicysta będzie chciał przyswoić sobie proponowane opisy, czy też nie, obok wartości liczbowych powinien używać terminów opisowych.⁶

Paling zaleca także używanie w rozmowie z pacjentami o ryzyku parametrów odnoszących się do częstości. Określenie ryzyka brzmiące „u 15 osób na 1000 leczonych mogą wystąpić działania niepożądane” znacznie łatwiej zrozumieć niż wskaźniki oparte na prawdopodobieństwie. Powyższy opis można również łatwo przedstawić w sposób akcentujący stronę pozytywną: „u 985 osób na 1000 leczonych nie wystąpią działania niepożądane”.⁶

Szybkim i łatwym do zrozumienia sposobem przekazania pacjentowi informacji o ryzyku jest wykorzystanie pomocy wizualnych. Paling przygotował dwa warte zauważenia przykłady przedstawione za pomocą Paling Perspective Scale i Paling Palette. Pierwszy z nich opisano już wyżej: jest to diagram zestawiający ryzyko, które chcemy pokazać, z innym, co sprawia, że informacja nie zawisa w próżni. Drugi sposób stanowi wykorzystanie prostej grafiki, zestawionej dla populacji (na przykład 1000 osób), która pokazuje nie tylko, ilu osób dotyczy ryzyko, ale także ile nie doświadcza negatywnych skutków. W ten sposób pokazuje się zbilansowane korzyści i ewentualne ryzyko. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że diagramy i ryciny mogą zwiędzić pacjenta podobnie jak słowa i zależy to od prezentowanych danych.¹⁷

Przekazywanie pacjentowi informacji na temat ryzyka związanego z leczeniem oznacza więcej niż tylko uzyskanie świadomej zgody. Każdy pacjent zasługuje na to, aby otrzymać informację na temat pozytywnych i negatywnych skutków procedury lub leczenia w języku i za pomocą danych, które może łatwo zrozumieć. Wszelkie informacje o ryzyku zabiera czas i wymaga przewycięzania przeszkód, ale rezultatem jest nie tylko bardziej świadoma zgoda na podejmowane leczenie, ale także lepsza relacja między pacjentem i jego lekarzem.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 8, August 2011, p. 20. How to talk to patients about treatment-related risks.

PIŚMIENNICTWO

1. Thun MJ, Hannan LM, Stefanek M. Risky business: tools to improve risk communication in a doctor's office. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(12):830-831.
2. Stryker JE, Fishman J, Emmons KM, Viswanath K. Cancer risk communication in mainstream and ethnic newspapers. *Prev Chronic Dis.* 2009; 6(1):A23.
3. Edwards A, Elwyn G, Covey J, Matthews E, Pill R. Presenting risk information—a review of the effects of “framing” and other manipulations on patient outcomes. *J Health Commun.* 2001;6(1):61-82.
4. Malenka DJ, Baron JA, Johansen S, Wahrenberger JW, Ross JM. The framing effect of relative and absolute risk. *J Gen Intern Med.* 1993; 8(10):543-548.
5. Slaytor EK, Ward JE. How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. *BMJ.* 1998;317(7153):263-264.
6. Paling J. *Helping Patients Understand Risks: 7 Simple Strategies for Successful Communication.* Gainesville, FL: Risk Communication Institute; 2006.
7. Ropeik D, Gray G. *Risk: A Practical Guide for Deciding What's Really Safe and What's Really Dangerous in the World Around You.* Boston: Houghton Mifflin; 2002.
8. Langford IH, Marris C, O'Riordan T. Public reactions to risk: social structures, images of science, and the role of trust. In: Bennett P, Calman K, eds. *Risk Communication and Public Health.* New York: Oxford University Press; 1999:33-50.
9. Wilkinson C, Khanji M, Cotter PE, Dunne O, O'Keeffe ST. Preferences of acutely ill patients for participation in medical decision-making. *Qual Saf Health Care.* 2008;17(2):97-100.
10. National Institute for Literacy. *The State of Literacy in America: Estimates at the Local, State, and National Levels.* 1998. http://www.eric.ed.gov:80/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED416407&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED416407. Accessed July 20, 2011.
11. Gigerenzer G. *Calculated Risks: How to Know When Numbers Deceive You.* New York: Simon & Schuster; 2002.
12. Gigerenzer G. The psychology of good judgment: frequency formats and simple algorithms. *Med Decis Making.* 1996;16(3):273-280.
13. Hoffrage U, Gigerenzer G. Using natural frequencies to improve diagnostic inferences. *Acad Med.* 1998;73(5):538-540.
14. Edwards A. Communicating risks through analogies. *BMJ.* 2003;327(7417):749.
15. National Safety Council. *The odds of dying from...* http://www.nsc.org/news_resources/injury_and_death_statistics/Pages/TheOddsofDyingFrom.aspx. Accessed: July 20, 2011.
16. Calman KC. Cancer: science and society and the communication of risk. *BMJ.* 1996;313(7060):799-802.
17. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innu-meracy to insight. *BMJ.* 2003;327(7417):741-744.