

Svåra besked om sjukdom är inte bara tunga att ta emot. För den som ger beskedet är utmaningarna också stora. Det vittnar 22 djupintervjuade läkare om i en ny studie från Lunds universitet.

Studien är publicerad i den vetenskapliga tidskriften *Qualitative Health Research*.

Här beskriver **Mattias Tranberg**, psykolog och forskare vid Institutionen för kliniska vetenskaper i Lund och Palliativt utvecklingscentrum vid Lunds universitet, den senaste kunskapen på detta viktiga område.

Så ser utmaningarna ut lämna **svåra besked**

De flesta människor föredrar att ge goda nyheter framför dåliga, men läkare måste ofta lämna svåra besked som en del av sitt jobb – inte sällan innan patienten upplever symtom.

För snart 40 år sedan definierade Robert Buckman svåra besked som ”all information som har en allvarlig och negativ effekt på en individs syn på sin framtid” i artikeln ”Breaking

bad news: why is it still so difficult?”¹. Sedan dess har utveckling pågått runtom i världen. I England infördes tidigt workshops för svåra samtal (Maguire & Faulkner, 1988) och i USA utvecklades protokoll som SPIKES (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale & Kudelka, 2000), och kurser i kommunikation för svåra samtal, till exempel *VitalTalk* och *Comski*², och *De Nödvändiga Samtalen* i Sverige³. Dessa kurser och workshops



för läkare som ska **om sjukdomar**

syftar till att ge läkare en struktur att följa vid svåra samtal, och ett sätt att bemöta känslouttryck hos patienten. Randomiserade studier visar att vårdpersonal som har genomgått kommunikationsträning är mer benägna att visa empati gentemot patienter, men det finns hittills ingen evidens att sådana kurser har någon effekt på utmattning hos läkare, patientnöjdhet, eller patienters uppfattning av läkarens kommuni-

kationsfärdighet⁴. Numera uppmuntras läkare att inleda samtal om allvarlig sjukdom med sina patienter tidigare i förloppet, vilket har lett till mindre ångest och depressiva symtom hos vissa patienter, men för klinikerna är det fortfarande svårt att diskutera prognos med patienter och att bemöta deras känslor⁵. Fynd från flera olika studier i olika sammanhang visar att de som tar emot dåliga besked klandrar budbärarna,

••• samtal som ställer krav

upplever dem som mindre empatiska och till och med tillskriver dem onda avsikter, även när status quo är utom deras kontroll^{6,7}. Läkare väntas uppmuntra och tillåta patienter att uttrycka sina känslor inom rimliga gränser, men blir själva sårbara och ett flertal studier visar att de får fysiska stressreaktioner, såväl som känslor av skuld, ångest, utmattning, otillräcklighet och frustration^{8,9}. Mot denna bakgrund kan man fråga om det verkligen endast är fråga om att överföra informationen på rätt sätt. För att besvara frågan om varför det fortfarande är så svårt genomförde vi en fenomenologisk studie av att ge svåra besked utifrån läkares erfarenhet. Genom att djupintervjua 22 läkare som antingen var färdiga specialister eller i slutet av sin ST-utbildning inom en mängd olika områden kunde vi fånga de element som alltid var närvarande i fenomenet att ge ett svårt besked.



Överlag framstår det som att det är en *relationell process* att lämna ett svårt besked. Denna process består av fem sammanlänkade delar: *Att bli den dåliga budbäraren, Att förvänta sig det oförutsägbara, Att stå på scen, Att hantera hopp professionellt* och *Att ha omsorg om den känslomässiga relationen*.

ATT BLI DEN DÅLIGA BUDBÄRAREN

Alla deltagarna i studien såg det som sin uppgift att informera patienterna så varsamt som möjligt, men oundvikligen blev de ändå den dåliga budbäraren:

”Jag satte mig in i deras situation, en riktigt dålig diagnos och med små barn i familjen. Det var nästan så att jag ville gå hem. Hur kan jag meddela detta – på ett bra sätt?”

Med tanke på allvaret och ansvaret det innebär att ta sig an rollen som den dåliga budbäraren var det viktigt för läkarna att känna patienten sedan tidigare, att ha en närstående närvarande, att ha ett avskilt rum att prata i, att ha hunnit läsa på och förbereda sig och att ha tillräckligt med tid för samtalet. Tyvärr var det inte alltid möjligt, vilket ledde till starka känslor av stress och frustration.

Även när läkarna kände patienten och deras närstående, och hade haft tid att förbereda sig kunde de inte i förväg veta hur reaktionen skulle bli. De blev ofta måltavla för patienters och närståendes smärta vilket ledde till stress och osäkerhet:

” Själva ögonblicket då läkarna delgav svåra besked uppfattades typiskt som ett slags framträdande, läkarna behövde vara koncentrerade, alerta, närvarande, utan att låta den egna rädslan eller nervositeten lysa igenom.

”De blev arga och ifrågasättande gentemot mig, vilket gjorde mig stressad och... ja, jag kunde inte lämna beskedet med den auktoritet som situationen krävde.”

En del av läkarna oroade sig för sådana situationer medan andra tyckte att det var okej att patienter och närstående ”sköt budbäraren”, eftersom vårdgivarens besvär inte skulle vara i fokus. Oavsett fanns det många andra erfarenheter som ledde till stress och osäkerhet, som när mottagaren inte visade någon känsloreaktion alls, vilket fick läkarna att undra om budskapet hade gått fram. Det kunde alltså vara en lättnad för läkarna när patienterna eller närstående grät, eftersom de då visste att de hade förstått och tagit emot informationen.

ATT STÅ PÅ SCEN

Själva ögonblicket då läkarna delgav svåra besked uppfattades typiskt som ett slags framträdande, läkarna behövde vara koncentrerade, alerta, närvarande, utan att låta den egna rädslan eller nervositeten lysa igenom. Vissa hade sett hur andra läkare hade lämnat besked på ett brutalt sätt, vilket motiverade dem till att inte göra likadant. För att göra det väl kände läkarna att de behövde vara närvarande inte endast i den professionella rollen – utan mest av allt som människor.

”Så om du ska samspela med folk, antingen teater eller musik eller vad du nu gör, så måste du på något sätt anpassa dig, du måste vara lyhörd för vad som händer, i situationen. Och det tycker jag man måste vara också när man levererar den här typen av besked, därför att du vet inte exakt vad de kommer att säga, eller tycka, eller hur de ska reagera... och jag kan vara personlig. Att stå på scen betyder inte att du har en fasad eller är opersonlig.”

En del av läkarna oroade sig för att öka på patientens stress om de inte levde upp till patientens förväntningar, om de inte kunde besvara alla frågor och en beskrev det som att:

”Jo, alltså, man får lite ångest av att möta personer som förväntar sig att du ska förklara världen för dem, och den världen har precis ändrats för evigt.”

En del av de mer erfarna läkarna beskrev att de med tiden lärt sig att skifta perspektiv från vad de ”behövde berätta” till ”vad patienten vill veta”. Tidigare i sin karriär hade fokus varit mer på själva budskapet än på mottagaren vilket i efterhand kändes som ett plågsamt misslyckande. Även de som kände sig relativt trygga i att ge svåra besked var medvetna om att utfallet var oförutsägbart och att det skulle komma tillfällen då det inte gick bra.

ATT HANTERA HOPP PROFESSIONELLT

Början att ge svåra besked bestod delvis av att hantera patienternas och de närståendes hopp – framför allt när utsikterna inte alls var bra. En del läkare kände att de behövde anpassa informationen för att lämna kvar lite utrymme för hopp. Att bevara hopp kunde också innebära att omvandla från hopp om bot till hopp om att tiden som är kvar kan bli så bekväm som möjligt.

I de fallen kände läkarna att de hade en gemensam utgångspunkt med patienterna, men det hände också att de behövde hantera orealistiska hopp. Det var inte möjligt att genomföra någon planering när patienten inte alls var med på var de befann sig:

”Så det är det, de kanske själva tror att ‘jag ska bli den förste som överlever’ eller ‘nu ska jag ta min bucketlist och liksom leva livet’, men jag, jag vet vad som ligger framför dem.”

När det gällde patienter påverkades hoppet oftast av hur patienten mätte fysiskt, de hade en direkt upplevelse av hur sjukdomen utvecklades, till skillnad från närstående. Som en följd av det var läkarna medvetna om att närstående kunde stå emot information på ett annat sätt, vilket skapade stress och ibland förvirring, när en närstående kunde agera som om den

inte alls hade blivit informerad om läget och krävde meningslösa insatser.

ATT HA OMSORG OM DEN KÄNSLOMÄSSIGA RELATIONEN

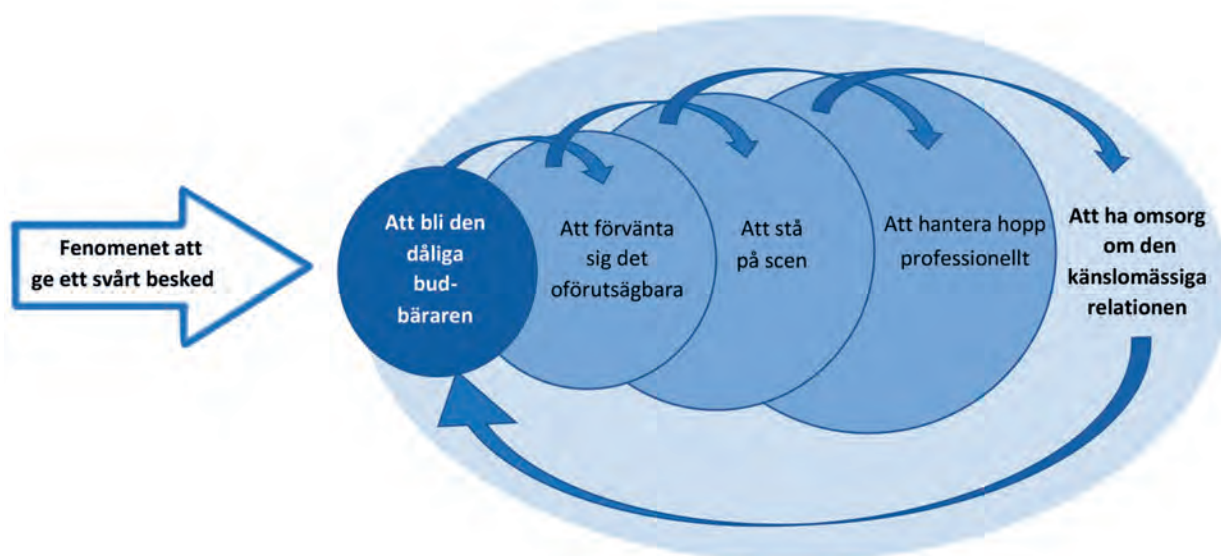
Mer än något annat var läkarna i studien måna om att ha en så god relation som möjligt med sina patienter, fast de ibland tyckte det kunde vara svårt att kombinera med att vara den dålige budbäraren. I de fallen föreställde de sig att patienten klandrade dem för den skada som realiserats, vilket gjorde det svårt att fortsätta behandla patienten. Då kunde det vara lämpligt att en kollega fick ta över:

”De känner att man liksom har jobbat emot dem, och så tänker jag också i vissa såna här sammanhang, att...man kanske inte kan vara den som kommer med kniven och sen ska trösta.”

Men när relationen gick att bevara trots det svåra beskedet tog läkarna ofta rollen som medmänniska. Vid sådana tillfällen kunde de bry sig om mer än endast sjukdomen och dess symtom, de kunde lyssna på patients historia, styrkor och bekymmer:

”Men sen så har jag liksom ... dels i takt med att jag har börjat arbeta och blivit äldre, och väl mognat. Eh, så ... börjat liksom mer finna en ... ja, men tycka att det finns något fint i att faktiskt våga lyssna på människors historia... även om jag inte kan ... kanske kan göra någonting konkret åt det, så... det låter nästan klyschigt, men att många människor tycker det är skönt att bara få berätta om sin situation och få känna att någon faktiskt lyssnar och tar dem på allvar.”

Att vara känslomässigt nära patienter på det viset kom med ett pris, och läkarna behövde hantera sina egna reaktioner också. När patienten påminde om dem själva eller någon i deras närhet blev deras egna reaktioner starkare, och vissa läkare upplevde att de kunde möta patienterna genom att dela deras sorg. Genom att inse att det inte handlade om deras egna



••• samtal som ställer krav

lidande hade de accepterat att de själva kunde bli ledsna eller rädda:

”Alltså nu bryr jag mig inte så mycket om... jag kan förstå att jag blir ledsen, jag kan förstå att jag blir skrämmd, men det är inte jag som lever vidare med det här samtalet.”

Andra läkare hade upplevt sig själva ha kommit för nära patienter och valde att hålla en viss distans:

”Alltså jag vill inte sätta mig in för mycket i hur patienten känner och att det är jobbigt för henne, det blir för jobbigt för mig själv. Jag tycker inte att jag är kall som person eller så, men det ... det är liksom lite ... det är väl en försvarsmekanism.”



” Resultaten från studien visar att ge svåra besked består av mer än endast kommunikation, det är en komplex relationell process.

EN RELATIONELL PROCESS

Att ge ett svårt besked börjar när läkaren bedömer att patienten behöver få reda på sakernas tillstånd, vilket innebär att läkaren blir den dålige budbäraren. Senare antar läkaren ett sinness tillstånd där den förväntar sig det oförutsägbara, eftersom de inte kan veta hur patienten kommer att reagera. På så vis upplevs deras senare agerande som att stå på scen, inte en gång utan återkommande i takt med sjukdomens utveckling. Därför kommer läkaren förr eller senare att behöva hantera hopp professionellt genom att balansera vad patienten behöver veta mot att bevara utrymme för hopp. Oavsett om läkaren

kommer nära patienten för att stödja den eller håller distans för att skydda sig själv, är omsorgen om den känslomässiga relationen grundläggande i processen, i annat fall hade det inte funnits något dåligt i att ge det svåra beskedet. Likadant hade läkarna inte behövt bry sig om reaktionen, sitt eget framträdande eller att bevara hoppet.

SLUTSATS AV STUDIEN

Resultaten från studien visar att ge svåra besked består av mer än endast kommunikation, det är en komplex relationell process. Ändå visar våra fynd att läkare ibland måste ge svåra besked utan att ha haft tid att förbereda sig och ofta utan att känna patienten sedan tidigare. De omständigheterna skapar mer stress än nödvändigt i en redan påfrestande situation. Medicinsk utbildning är fortfarande starkt präglad av den biomedicinska modellen snarare än av mänskliga relationer, som ju är essensen av hälsovård.

Läs studien i sin helhet: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10497323231197534>

REFERENSER

1. Buckman, R., Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J (Clin Res Ed), 1984. 288(6430): p. 1597-9.
2. Johnston, F.M. and M. Beckman, Navigating difficult conversations. Journal of Surgical Oncology, 2019. 120(1): p. 23-29.
3. Danielsson, A., et al., Svåra samtal med patienter tränas på kurs med skådespelare: En medveten strategi hjälper både läkare och patient. Lakartidningen, 2016. 113(47).
4. Moore, P.M., et al., Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. 2018.
5. Geerse, O.P., et al., A Qualitative Study of Serious Illness Conversations in Patients with Advanced Cancer. J Palliat Med, 2019. 22(7): p. 773-781.
6. Tranberg M, Ekedahl H, Fürst CJ, Engellau J. The influence of "bad news" and "neutral/good news" on patients' perception of physician empathy during oncology consultations. Cancer Med. 2024; 13:e6903. doi:10.1002/cam4.6903
7. John, L.K., H. Blunden, and H. Liu, Shooting the messenger. Journal of Experimental Psychology: General, 2019. 148: p. 644-666.
8. Studer, R.K., B. Danuser, and P. Gomez, Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. International Journal of Psychophysiology, 2017. 120: p. 14-22.
9. Bousquet, G., et al., Breaking bad news in oncology: A meta-synthesis. Journal of Clinical Oncology, 2015. 33(22): p. 2437-2443.

MATTIAS TRANBERG, PSYKOLOG OCH FORSKARE VID INSTITUTIONEN FÖR KLINISKA VETENSKAPER I LUND OCH PALLIATIVT UTVECKLINGSCENTRUM, LUNDS UNIVERSITET. MATTIAS.TRANBERG@MED.LU.SE

