

Pär Salander, docent, leg psykolog, institutionen för strålningsvetenskaper – onkologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
(par.salander@onkologi.umu.se)

Cancerbeskedet – mer en fråga om relation än om information

■ En strid ström av studier har under ett antal år berättat för oss att cancersjuka patienter vill bli informerade och att de tycks vilja få all information, god som dålig [1-4].

Ätminstone i vår västerländska kulturkrets har förändringen vad gäller öppenhet med information inneburit mängder av ledare och artiklar i kliniskt orienterade tidskrifter, inklusive Läkartidningen, där man publicerar riktlinjer för hur läkaren skall förmedla informationen vid detta speciella och avgörande tillfälle (Fakta 1). I ett antal översiktsartiklar har det dock påpekats att riktlinjerna kring det primära diagnosbeskedet saknar systematisk empirisk grund och därför begränsar sig till att återspegla den enskilde författarens erfarenheter [5-7]. Avsaknad av studier som utgår från patientens perspektiv är motivet bakom föreliggande studie.

■ Metod

Ett sätt att konsekvent få den sjuke perspektiv är att be denne att skriva en berättelse om hur det var när han eller hon fick sin diagnos. Att skriva innebär att reflektera, och skrivandet underlättar därför tänkandet.

Alla patienter som konsekutivt under fem månaders tid hade besökt den onkologiska kliniken i Umeå för primärbehandling och som fått sin diagnos 2-8 månader tillbaka i tiden fick ett brev med förfrågan om de ville:

»... skriva ner din berättelse om hur du fick ditt besked på en eller några sidor och sedan skicka den till mig. Jag önskar att du berättar det du tycker är viktigast att förmedla. Vad doktorn sade, hur du reagerade och hur det kändes efteråt ...«.

Den centrala analysen av berättelserna fokuserade på innehållet och gjordes enligt »grounded theory» [8]. Via öppen och selektiv kodning (alla negativa och positiva utsagor lyftes ut och gavs beteckningar) samt kategorisering (via jämförelser som skilde ut/förde ihop beteckningarna byggdes kategorier) skapades en struktur på materialet. I valideringssyfte kontaktades därefter 20 deltagare telefonledes med en förfrågan om de kunde tänka sig att kommentera sammanställning [9].

■ Resultat och reflektion

Av 187 tillfrågade patienter svarade 138 (74 procent) genom att nedteckna sin berättelse. En grov karakteristik av deltagarna finns redovisad i Tabell 1. Den typiska berättelsen, oavsett lång eller kort, började i upplevelsen av ett symptom, fortsatte i uppsökandet av sjukvården, undersökningar, besked

SAMMANFATTAT

I kliniska tidskrifter publiceras ofta goda råd om hur läkare vid konsultationen skall förmedla diagnosen till den i cancer nyinsjuknade patienten. Samtidigt saknas empiriska studier som konsekvent utgår från den sjuke perspektiv.

Föreliggande studie bygger på 138 patienters skrivna berättelser om hur de fick besked om sin cancersjukdom.

De flesta berättelser begränsade sig inte till att beskriva ett enskilt diagnostillfälle utan innehöll erfarenheter från den första kontakten med sjukvården till behandlingens avslutning.

Om de kliniska tidskrifterna talar om svåra besked i termer av information och kommunikation talar den sjuke om beskedet i termer av relation.

Sjukvårdens perspektiv kan därför inte reduceras till information. Det handlar i första hand om att skapa en hjälpsam relation för att underlätta för patienten.

om diagnosen och slutade med några ord om behandlingen. Även om flera i första hand fokuserade på undersöknings- diagnosprocessen skrev majoriteten om hela vägen från symptomupptäckt till behandlingsslut och avslutade med sin namnteckning. Många berättelser fick därför en personlig ton.

Vid de uppföljande telefonintervjuerna betonade olika personer, utifrån de egna erfarenheterna, olika aspekter av fynden. Det som framkom kunde dock hänföras till de existerande kategorierna nedan, och huvuddragen i fynden bekräftades därmed. Fynden grupperades innehållsmässigt i tre kategorier, erfarenheter av situationen, av omhändertagandet och av informationen.

Situationen – fysisk närvaro och atmosfär

Inte mindre än 20 procent av deltagarna hade fått sin diagnos per telefon, sannolikt beroende på avstånden här i norr. Fak-

II Fakta 1

Rekommendationer för hur svåra besked skall lämnas, fritt efter Ptacek och medarbetare [7].

Plats	Lugnt, bekvämt och avskilt
Struktur	Gott om tid, ej störas Ansikte mot ansikte, närhet, ögonkontakt Gärna anhöriga med
Vad sägs?	Förvarna Vad vet patienten? Förmedla hopp Bejaka patientens känsloreaktioner Uppmuntra frågor Summera vad som sagts
Hur sägs det?	Med värme, empati och respekt Enkelt språk utan medicinsk jargong Informera i patientens takt

Tabell I. Deltagarkaraktistik.

	Antal
<i>Totalt</i>	138
Kvinnor/män	93/45
Medelålder	58
<i>Diagnosgivande klinik</i>	
Allmän kirurgi	66
Gynekologi	24
Medicin	14
Öron	13
Vårdcentral	5
Urologi	5
Övriga	11
<i>Plats och sammanhang</i>	
I avskildhet	5
Avdelningssal	5
Nära anhörig närvarande	23
Annan personal närvarande	20
Telefonbesked	28
Brevbesked	2

tum är att få direkt påtalade det olämpliga i detta förfarings-sätt, men man anar ändå att ett telefonsamtal lätt blir otill-räckligt. En kvinna i 60-årsåldern som bodde ensam kom-menterade sitt erhållande av diagnos per telefon med orden:

»Han informerade mig rakt upp och ner att det var en ma-lign tumör. Medan jag pratade med honom var jag lugn, men efter att ha lagt på luren grät jag i timmar ... Jag önskar att jag då haft möjlighet att träffa en kurator.«

Vi vet inte om denna kvinna hade speciella skäl för att vil-ja träffa en kurator, eller om hennes önskan snarare återspeg-lade ett missnöje med doktorssamtalet eller om hon inte för-väntade sig att doktorn skulle finnas till hands mer än för att förmedla diagnosen. Hur som helst kan vi nog anta att hon ut-trycker en önskan om att inte behöva vara ensam utan få vara tillsammans med någon som kan fungera som ett stöd. När te-lefonen lades på, dvs när hon inte var »uppkopplad« och an-knuten, blev hon förtvivlad. Det här behovet av anknytning uttrycks också av ett par berättare som återgav vad som hän-

de när de efter konsultationen stötte på goda vänner. När de närmade sig varandra började de genast gråta i förtvivlan (»crying at the happy ending«). När man finns i en omhän-dertagande relation – i säkerhet – finns det utrymme för att känna sin utsatthet [10].

Det genomgående intrycket vad gäller kommentarer kring situationen var emellertid att dessa mer handlade om atmo-sfären under mötet än om vem som deltog. Positiva kom-mentarer uttrycktes genom att karakterisera läkarna och sjuk-sköterskorna som »trevliga«, »snälla«, »omtänksamma«, »trovärdiga«, »lugna och objektiva«, »sympatiska«, »förtro-endeingivande«, »mjuka«, »förstående« och »klaka«. Nega-tiva kommentarer var en pessimistisk eller kantig attityd från personalens sida eller helt enkelt för att dessa upplevdes som »stressade«.

Kanske kan följande korta rader från en äldre kvinna ses som en vägvisare för vad man bör tänka på när man försöker skapa en god atmosfär: »Personalen tar det så naturligt så det är kanske därför man inte reagerar så kraftfullt.«

En rimlig tolkning av detta uttalande kan vara att hennes egen förtvivlan neutraliserades i den andres bemötande. Per-sonalen hade ett omhändertagande förhållningssätt (»holding environment«) genom att de inte ramlade i bitar, utan på ett icke-verbalt sätt förmedlade förtröstan och hopp [11].

Det kan avslutningsvis vara av intresse att notera att me-dan en del beklagade en alltför pessimistisk atmosfär, beklä-gade ingen en alltför positiv atmosfär.

Omhändertagandet – kontakt och kontinuitet

Trots att en del av patienterna blivit informerade om att en bröstcancerscreening var negativ eller att en knöl inte var nå-got att oroa sig för, kände de intuitivt på sig att något inte var bra. När de önskade förnyad undersökning upplevde de sig framför allt bli bemötta med administrativa hinder och/eller upprepade lugnande försäkringar. Till slut visade det sig att de hade rätt – de var cancersjuka. Dessa erfarenheter domine-rade dessa patienters berättelser. I detalj redogjorde de för händelseförloppet, och allt annat tycktes bli bakgrund. Rim-ligtvis säger detta något om tyngden i den negativa erfaren-heten. En annan erfarenhet som väckte förtvivlan beskrevs av dem som inte fick någon återbesökstid:

»Väntan på tid för operation var den värsta tiden. Det tog tre veckor från diagnos till operation, vilket innebar ett flertal sömnlösa nätter med en massa otäcka fantasier som rumlade runt i huvudet.«

I avsaknad av ett tidsperspektiv på när behandlingen skul-le starta lämnades denna kvinna till fantasier om hur cancer-n växte i henne. Många berättelser vittnade om att väntetiden är en svår tid. Några kontaktade sjukvården för att få sin tid – bara för att upptäcka att de glömts bort. Det var en belastning att själv behöva initiera kontakt, och det var en belastning att bli lämnad utan en uppföljningstid. Å andra sidan var det en välsignelse när läkaren överraskande själv ringde upp för att lämna information eller bara för att höra sig för om hur det gick. Det tycks med andra ord finnas en rädsla för att inte bli upptagen i en relation och en lättnad när sjukvården tar ansvar för att skapa denna relation.

Att träffa många läkare var en vanlig anledning till miss-nöje (ingen klagade över motsatsen). Samtidigt är det uppen-bart att det inte handlar om antalet läkare i sig utan om risken för att bli utan en bra relation. En annan men relaterad aspekt av läkardiskontinuitet är problemet med att anpassa sig till olika behandlingsplaneringar. Det är störande, förmodligen därför att det utmanar den sjukens önskan och förväntan att få den bästa behandling som finns. Kontinuitet i händelser kan ses som ett uttryck för ordning. Det finns ett inslag av kaos i att bli svårt sjuk. Våra omedvetna eller förmedvetna grund-

antaganden om tillvarons goda beskaffenhet slås i kras [12, 13]. Kaos innebär förlust av kontroll och därmed otrygghet – det finns inget att luta sig emot. Regler och rutiner, när det ena följer efter det andra, kan vara lugnande eftersom de banar väg för förväntningar och därmed hopp.

Andra kände sig inte väl emottagna när läkaren gav intryck av att inte bry sig tillräckligt mycket om deras situation. Efter att ha gett den livsförändrande informationen bytte läkaren ämne och frågade hur det gick med omstruktureringen på den sjukas arbetsplats.

Många, som å andra sidan ville visa sin uppskattning av personalen, nedtecknade episoder som visade deras tacksamhet över att ha blivit bemötta som individer. Det fanns en personlig ton kring dessa berättelser, som t ex när denna kvinna berättar om hur det var när hon fick strålbehandling för sin lymfomsjukdom:

»Jag såg att de märkte när jag kom för att få strålbehandling, och sedan när de kallade mig sa de 'okey Marianne, nu är det din tur'. De var så trevliga.«

Att vara uppmärksam på person tycktes ge patienten en känsla av närhet i en relation.

Information om diagnosen

Många deltagare skrev att de uppskattade att de fick uppriktig och rak information om sin diagnos. Några deltagare beskrev hur de försökte hålla humöret uppe, trots ångesten inför den förväntade diagnosen. Men när de fick det slutliga beskedet och kämpade för att behålla sitt positiva perspektiv kände de sig tillrättavisade av läkaren.

Ellen var en ung kvinna som fått veta att hon hade ovarialcancer och skulle behandlas med cytostatika. När hon frågade läkaren om konsekvenserna av detta fick hon veta att trötthet var den mest framträdande biverkningen. Hon skrev vidare:

»Wow, tänkte jag, blir jag bara trött så är det väl inga problem. Då kan jag fortsätta att studera och träna. Men läkaren måste ha missförstått mig, för han blev arg eller upprörd och betonade att nu hade jag en livshotande sjukdom och det var det jag skulle bry mig om och inget annat!«

Ellen visste mycket väl att hon drabbats av en livshotande sjukdom, och hon avslutade sin berättelse med att hon fick samma faktainformation på ett annat sjukhus, men att:

»... det var tusen gånger bättre då enkel okomplicerad humanitet, en enkel kram eller ett uppmuntrande ord i flykten gjorde mirakel. Det gav mig styrka att bekämpa sjukdomen.«

På det andra sjukhuset tycktes hon ha blivit bemött på ett sätt som motsvarade hennes eget sätt att skapa hopp: Via en enkel gest förmedlade läkaren en innebörd av samförstånd och att man beträdde en ny väg tillsammans.

Andra var missnöjda med att ha blivit klumpigt bemötta. De beskrev att de fick mycket information vid samma tillfälle: »Du har cancer och den har spridit sig till lungor och lever« eller »Det är inte varje dag man får veta att man har en terminal sjukdom« eller »Den växer snabbt och den svarar inte på behandling«. Dessa och flera andra patienter beklagade att de varit oförberedda när de fick informationen och använde ofta ordet »chock« när de beskrev sin belägenhet.

Flera deltagare som ansåg att de trots allt var relativt lugna när de fick sitt besked förknippade detta just med att de var förberedda. En kvinna skrev: »Jag tror att det är viktigt att man har tänkt tanken att 'jag kan ha cancer' innan man får beskedet och på så sätt förbereder sig.«

I början av sjukdomsprocessen hade flertalet deltagare uppenbart redan tänkt tanken »cancer«. I flera riktlinjer förespråkas metoden att ge antydningar (»warning shots«) [14]. Maynard påpekar att detta förutsätter en relation och att det bygger på upprepade möten. Att undvika att ge information

eller att vara allmänt otydlig tillsammans med dess motsats, dvs att bara rakt upp och ner kasta ur sig allt man vet, lämnar däremot den sjuke utan relation – han eller hon lämnas i ett socialt vakuum.

En annan källa till onödigt belastning var att få motstridiga budskap. Att få höra att »det var tur att du kom så fort«, för att sedan få vänta i en månad, är inte speciellt underlättnad. Det kan också nämnas att ingen av deltagarna var missnöjd över att ha fått för lite prognostisk information.

Information om behandlingen

Att beskriva läkare i positiva termer var ofta förknippat med att man erhållit konkreta besked om en behandlingsplan. Det var ett genomgående intryck att information om behandlingen var av en speciell dignitet när det handlade om att försöka hantera det hot som sjukdomen innebar.

Efter att från två läkare ha fått information om att han var »allvarligt sjuk« fortsatte den 45-åriga mannen sin berättelse med att beskriva att han därefter blev lämnad till sig själv. Ångesten höll honom vaken på natten. Nattsköterskan kom in och frågade om han ville ha en sömntablett. Han kommenterade detta med att »det gjorde inte saken lättare«. I backspegeln summerade han att det skulle ha varit så mycket enklare om han informerats om behandlingen. För honom blev sköterskans ord inte mer än en bekräftelse på att hans situation var hopplös – han lämnades till sig själv och till lugnande medel. Nedanstående kondenserade rader från en äldre man med prostatacancer avslöjar vikten av att delge patienten information om behandling:

»Bäste Pär!

Det är svårt att få veta att man har cancer, men doktorn berättade om de olika behandlingsmöjligheter som fanns på ett sätt som jag kunde förstå och nu känns det bra.

Hjärtliga hälsningar

XX«

Enkelt uttryckt: Information om behandlingen minskar den börda diagnosen innebär för patienten.

II Diskussion

Ett centralt fynd i studien var att trots att deltagarna uppmanades att beskriva hur diagnosmötet med läkaren gestaltade sig skildrade de sina erfarenheter i vidare termer. (Detta faktum talar för övrigt för styrkan i fynden – deltagarna skrev inte i enlighet med forskarens förutfattade mening!) I patientens perspektiv var cancerbeskedet nämligen mer än mottagandet av ett enskilt besked och betydligt mer än ett ögonblick som delade upp tiden i »före och efter«. Mer än ett ögonblick var beskedet också en process som återspeglade hur läkaren och vårdpersonalen levde upp till patientens förväntan om skydd mot hotet mot hans eller hennes liv.

Resultaten understöder på så sätt den kritik från antropologin som påtalar att det inom kliniska tidskrifter finns en tendens att reducera relationen till en »faxmodell«, dvs en aktiv sändare (läkaren) och en passiv mottagare (patienten) av information [15]. Med det i åtanke minskar vi oss att artiklar i internationella kliniska tidskrifter som behandlar kommunikation om svåra besked oftast är rubricerade kring – i brist på svenska termer – »breaking«, »telling«, »transmitting«, »disclosing« eller »giving bad news«. De flesta artiklar inom detta område är upptagna av hur läkaren skall lyckas med sitt företag, nämligen att tala om för patienten att han eller hon är cancersjuk utan att patienten kollapsar psykologiskt.

Mer än kommunikativ skicklighet

Det övergripande intrycket under läsandet av berättelserna är att de handlar om relationer. Förutom att betona vikten av att

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

bli informerad om diagnosen och behandlingen på ett sätt som passar ens egen krisprocess visar berättelserna betydelsen av att inte vara ensam vid beskedet om diagnosen, av en understödande atmosfär, av att vara välkommen och igenkänd, och av att slippa väntetider och omedelbart erhålla en ny besöksstid. Närhet till den hjälpande instansen tycks, med andra ord, vara viktig. Att patienter uppskattar en personlig (till skillnad från en privat) anstrykning i kontakterna med de professionella hjälparna kan ses i samma perspektiv. Den personliga inramningen förmedlar den andres omsorg.

I en nyligen publicerad avhandling som fokuserat på det svåra beskedet i övergången till sen palliativ fas framkommer liknande resultat [16]. Läkarpatientrelationens karaktär, och inte minst graden av personlig ton i relationen, framträder som väsentlig för den sjukes förmåga att hantera situationen. Huruvida man uppfattar läkaren som personligt intresserad tycks för övrigt också predicera i vilken grad man är nöjd med den information man fått [17].

Problemet med begreppet information

Som nämnts tidigare är artiklar i kliniska tidskrifter som behandlar svåra besked påtagligt fokuserade på aspekter av information. En allmän slutsats i dessa artiklar är att i stort sett alla patienter, 80–95 procent, vill veta allt – »as much information as possible from their oncologist, be it good or bad» [1–4]. Men i dessa studier problematiseras inte begreppet information.

För det första har i vårt informationssamhälle begreppet information en positiv innebörd. En god medborgare skall helt enkelt vara välinformerad. Det bär emot att säga att man faktiskt inte är så intresserad av detaljerad information.

För det andra, och som en konsekvens av det första, kan utfallen i dessa studier återspegla svårigheten att skilja ut betydelser från attityd [18]. Om vi ser till etnografiskt orienterade studier kring vad patienter verkligen gör i praktiken blir bilden mer komplex. Det tycks som att svårt sjuka till stor del undviker att tala om det negativa [19–21]. Den sjuke förstår att situationen är allvarlig men efterfrågar inte aktivt mer information, och det finns en interaktionell känslighet i läkarpatientensamtalen som mer tycks handla om att försöka bevara någon form av hopp än att förmedla fakta.

För det tredje kan begreppet information ha olika innebörd. Att uttrycka att man vill ha mer information kan i själva verket stå för en önskan att i första hand få träffa sin läkare oftare. Man vill träffa sin läkare i större omfattning för att därigenom ha möjlighet att skapa en bärande relation till sin hjälpare. Hur kan man för övrigt, utöver att vilja ha mer information, motivera att man vill ha en närmare relation till sin läkare?

Efter att ha blivit cancersjuk och i ett tillstånd av ångest skrev den tidigare redaktören för *New England Journal of Medicine*, dr Franz Ingelfinger, om det råd han fick från »en klok läkarkollega«:

»Han bad mig att glömma all information som jag redan hade och den information som jag hela tiden fick från andra och i stället söka mig en person som skulle tala om vad jag skulle göra och som på ett paternalistiskt sätt fick ta ansvar för min behandling. När jag följde det utmärkta rådet infann sig en omedelbar och påtaglig lättnad hos min familj och mig själv.« [22] (Min övers/PS)

Vi behöver inte underkasta oss paternalismen för att begripa det väsentliga i det som dr Ingelfinger, och berättarna i vår egen studie, försöker tala om för oss – den hjälpande relationen skapar en bas för informationens innebörd.

Det är inte svårt att se denna betoning av relationens betydelse i ett psykologiskt perspektiv, som den t ex uttrycks i anknytnings-, attributions- eller objektrelationsteorierna [23–

25]. Om den identifierade hjälpande instansen möter den utsatte på ett önskvärt sätt är det sedan möjligt för den utsatte att i sitt inre införliva denna hjälpare som ett gott objekt. Detta innebär att den utsatte ges möjlighet att på ett annat sätt bära sin förtvivlan. Den externa relationen införlivas som en inre struktur, vilket innebär att den utsatte ges möjlighet att på ett annat sätt bära sin förtvivlan.

Varken paternalism eller autonomi

Det paternalistiska förhållningssättet inom sjukvården har kastats ut, och omsorgen om patientens autonomi har satts i den medicinska etikens högsäte [26]. Detta är otvivelaktigt ett framsteg; den sjuke är numera bättre informerad och bemöts med en annan respekt [27]. Men samtidigt kan man undra om inte barnet åkte ut med badvattnet. Trots paternalismens oförmåga att respektera den sjukes integritet som egen person är paternalismen samtidigt baserad på en förståelse för patientens beroende och behov av en hjälpande relation. Dessutom, och inte minst viktigt, innebär paternalism att hjälparen har ett ansvar för att skapa denna relation!

Autonomi fokuserar å sin sida på informationsprocessen och är förknippad med avskildhet. Läkaren skickar över information och patienten får försöka stå på egna ben. Men svåra besked kan inte reduceras till någon form av kommunikativ effektivitet mellan likvärdiga parter (människan är en beroende varelse). Att få patienten att omfatta så mycket som möjligt av det svåra utan att helt rasa ihop mentalt – med Bennetts och Alisons ord »to ease the patient from their perception of the situation to the reality of the situation» [28] – är ett perspektiv där man missat något centralt.

Tveklöst är det viktigt att läkaren är välutbildad i kommuniserandets konst, men kanske är det än viktigare att han eller hon och vårdpersonalen är tillgängliga, tillmötesgående, personliga och hängivna. Kommunikation måste ses i perspektivet att utveckla relationen och därigenom minska patientens utsatthet och inte som ett smidigt sätt att överlämna patienten till sig själv.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Cancerfonden har bidragit ekonomiskt till föreliggande studie.

Referenser

- Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news is good news: Information preferences of patients with cancer. *Psychooncology* 1995;4:197–202.
- Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MN. When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996;77:2630–7.
- Butow PN, Dunn SM, Tattersall, MH. Communication with the cancer patients: Does it matter? *J Palliat Care* 1995;11:34–8.
- Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: Consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;13:2449–56.
- Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: A review of the literature. *JAMA* 1996;276:496–502.
- Strauss A. *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge Universities Press; 1987.
- Winnicott DW. *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press; 1984.
- Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions*. New York: Free Press; 1992.
- Salander P. Using beliefs and magical thinking to fight cancer distress – A case study. *Psychooncology* 2000;9:40–3.
- Maynard DW. On »realization« in everyday life: The forecasting of bad news as a social relation. *Am Sociological Rev* 1996;61:109–31.
- Jessen Busch H. En dialogisk fortelling om diagnose og død. In: Hansen HP, Ramhøj P, editors. *Tvaervidenskabelige perspektiver på*

- sundhed og sygdom. Köpenhamn: Akademiskt förlag; 1997.
16. Friedrichsen M. Crossing the border [akademisk avhandling]. Institutionen för biomedicin och kirurgi, Linköpings universitet 2002: 727.
 19. Perakylä A. Hope work in the care of seriously ill patients. Qual Health Res 1991;1(4):407-33.
 21. Lutfey K, Maynard DW. Bad news in oncology: How physician and patient talk about death and dying without using those words. Soc Psychol Q 1988;61(4):321-41.
 22. Ingelfinger FJ. Arrogance. N Engl J Med 1980;303:1507-11.
 23. Bolwby J. The making and breaking of affectional bonds. London: Routledge; 1998.
 25. Eagle M. Recent developments in psychoanalysis. New York: Mc Graw Hill; 1984.
 26. Candib LM. Medicine and the family. New York: Basic Books; 1995.
 27. Hall JA, Roter KL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988;26:657-75.
 28. Bennett M, Alison D. Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients. Postgrad Med J 1996;72(843):25-9.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://tarkiv.lakartidningen.se>
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.

SUMMARY

Breaking the news in cancer – more
 a matter of relating than relating information

Pär Salander

Läkartidningen 2003;100:510-16

Papers in clinical journals dealing with how to tell cancer patients bad news rely mostly on the opinion of the physician. The purpose of the present study was to contribute with knowledge from the patient's perspective by analysing how patients with recently diagnosed cancer narrate the manner in which they received their diagnosis. A consecutive series of 187 patients who had received their cancer diagnosis 2–8 months prior to the outset of this study were asked to describe the manner in which they learned of their diagnosis in writing. A crucial finding from the submitted 138 written narratives was that the participants often described experiences from the first contact with hospital staff to the end of their treatment, rather than as a single instance of diagnosis communication. The relational meaning of these experiences was obvious. From the patient's perspective, »bad news« reflects the process of being diseased by cancer, and how medical services are available when one is in need of establishing a helpful relationship.

Correspondence: Pär Salander, Dept of Radiation Sciences – Oncology, Norrlands universitetssjukhus, SE 901 87 Umeå, Sweden (par.salander@onkologi.umu.se)

Särtryck Läkartidningen

Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien.

Priset är 210 kronor

Kvinnorna och männen bakom syndromen



Beställer härmed ex
 av boken

.....
 namn

.....
 adress

.....
 postnummer

.....
 postadress

Insändes till Läkartidningen
 Box 5603
 114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
 under särtryck, böcker