

## OVERZICHT

# Slechtnieuwsgesprekken in de oncologie: shift van diagnose naar prognose<sup>1</sup>

C. SNAUWAERT<sup>1, 2, 4</sup>, S. VAN BELLE<sup>3</sup>

### Samenvatting

In het verleden werden kankerpatiënten door hun arts niet ingelicht. Artsen gingen voornamelijk te werk vanuit een paternalistisch oogpunt en wilden patiënten geen „kwaad doen” door hen de diagnose te vertellen. Geleidelijk aan kwam er meer aandacht voor de autonomie van de patiënt, zodat nu algemeen aanvaard wordt dat patiënten recht hebben op de door hen gewenste informatie en dat ze mee kunnen beslissen over de te volgen behandeling.

Tegenwoordig wordt aan patiënten meestal de diagnose medegedeeld. Er zijn echter aanwijzingen dat artsen nog steeds dezelfde problemen hebben met het vertellen van een prognose als vroeger met het mededelen van een diagnose.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat patiënten toch ook ingelicht willen worden over hun prognose. Omwille van de autonomie van de patiënt is het belangrijk dat ingegaan wordt op een eventuele vraag naar de mogelijke levensverwachting, omdat patiënten zo plannen kunnen maken voor de toekomst. Het kennen van een prognose kan ook belangrijke gevolgen hebben voor de therapiekeuze.

Belangrijke belemmeringen om een prognose te vertellen worden geïdentificeerd en vanuit de literatuur wordt een patiëntgerichte aanpak voorgesteld die artsen kan ondersteunen bij het bespreken van een prognose.

### Inleiding

Het werken als arts is onvermijdelijk verbonden met slechtnieuwsgesprekken, zeker in de oncologie als specialisme op zich.

Via de therapeutische ontwikkelingen van de laatste decennia is het mogelijk geworden om bepaalde gevorderde tumoren curatief te behandelen. Het is echter zo dat de meest voorkomende kankers in een gevorderd stadium enkel nog palliatief te behandelen te zijn. Het is de taak van de arts om de patiënt te begeleiden in de verschillende stadia van het ziekteproces, waarin via bijkomende resultaten of de eventuele respons op de behandeling de therapeutische richting kan veranderen. Opdat patiënten goed gefundeerde beslissingen zouden kunnen nemen aangaande bepaalde behandelingsstrategieën, moeten ze goed geïnformeerd zijn over de aard van de diagnose en de onderliggende prognose.

Men onderkent echter pas vrij recent het belang van het volledig inlichten van patiënten. In de VS was het tot in de jaren zestig van de vorige eeuw gangbaar om een diagnose niet mede te delen (1, 2). Artsen vonden het bijvoorbeeld moeilijk om een patiënt te vertellen dat hij kanker had, vanwege de dreiging die uitging van die diagnose en de fatale prognose die hiermee verbonden zou zijn (3).

In de laatste helft van de 20e eeuw zag men in de Angelsaksische en de Noord- en West-Europese landen een duidelijke evolutie naar het volledig informeren van patiënten (1, 2). De heersende ethische waarden van voor die periode moeten voornamelijk beschouwd worden als paternalistische interpretaties van de dokter-patiëntrelatie waarbij dominerende grondprincipes voornamelijk deze waren van „beneficere” en „non-maleficere”. Artsen probeerden met andere woorden slechtnieuwsgesprekken en het mededelen van een ongunstige prognose in grote mate te vermijden (3).

Gedurende de sociale omwentelingen op het eind van de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw kwam er een steeds grotere vraag van patiënten naar informatie. In de late jaren zeventig werd daarom bij de meeste Amerikaanse artsen het volledig onthullen van de diagnose duidelijk de norm (1, 4).

Het paradigma van de paternalistische arts-patiëntrelatie lijkt vandaag de dag voorbijgestreefd. Nu staan

<sup>1</sup> Manuscript ingediend als student 4e proef geneeskunde, Universiteit Gent, academiejaar 2006-2007.

<sup>2</sup> Dienst Oncologie, Henri Serruys Ziekenhuis AV, Oostende.

<sup>3</sup> Dienst Medische Oncologie, Universitair Ziekenhuis Gent.

<sup>4</sup> Correspondentieadres: dr. C. Snauwaert, Dienst Inwendige Ziekten, AZ Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge; e-mail: sehpotrsirhc@hotmail.com

de patiënten centraal in het therapeutische beslissingsproces. Vanuit het grondprincipe van autonomie hebben patiënten recht op de door hen gewenste inlichtingen, alsook om zelf te beslissen over de te volgen behandeling (5). Deze erkenning van het belang van de autonomie van de persoon weerspiegelt zich ook in het concept van „informed consent”. Hierbij moet men voor een medische behandeling of deelname aan (medisch-) wetenschappelijk onderzoek de vrijwillig verkregen schriftelijke toestemming van een persoon of een verantwoordelijke (bv. ouder of voogd) bekomen.

### Het inlichten van patiënten met gereserveerde prognose

#### Shift van diagnose naar prognose?

Artsen ondervinden nu minder obstakels om patiënten met een tumor in een vergevorderd stadium over hun ziekte-toestand in te lichten, omdat ze hen nu meer therapeutische mogelijkheden kunnen aanbieden, soms nog met curatieve intentie. Dat artsen hen een betere prognose kunnen bieden, zou ook kunnen verklaren waarom de meeste patiënten met kanker nu ook geïnformeerd worden over hun diagnose (3, 4).

Recente studies in de VS tonen echter aan dat wanneer het gaat om patiënten met een kanker in een vergevorderd stadium en wanneer geen behandelingsopties meer kunnen worden aangeboden, het vaak moeilijk wordt om de prognose met de patiënt en/of zijn mantelzorgers te bespreken. Artsen verstrekken minder gedetailleerde informatie over de prognose dan over andere aspecten van de ziektestatus van patiënten. Ze zijn meestal minder geneigd om een duidelijke schatting van de levensverwachting te maken, zelfs als de patiënt uitdrukkelijk om deze informatie vraagt (7-9).

Hoewel artsen vaak situaties meemaken waarin het inschatten van een prognose vereist is, zijn ze van mening dat zij hiertoe weinig voorbereid en opgeleid zijn (3, 6, 7). Het bespreken van de prognose is ingewikkelder dan andere communicatieprocessen omdat het een synthese vereist van communicatievaardigheden en biomedische kennis (10). Hierbij speelt ook de onzekerheid over een exacte prognose een rol: de diagnose is meestal een zekerheid, de prognose van een individuele patiënt is en blijft een persoonlijke schatting, al of niet op basis van gemiddelde levensverwachtingen in analoge situaties.

Verschillende moeilijkheden werden geïdentificeerd, zoals de beslissing om een realistische schatting of overlevingsstatistiek aan te bieden, de bespreking van een minimale levensverwachting, de overbrenging van prognostische gegevens op een empathische manier zonder het angstniveau van de patiënt te verhogen of het vertrouwen te verminderen en dus alle hoop weg te nemen. Artsen ervaren het schatten van de prognose zelf als moeilijk en vrezen een negatief oordeel in het geval zij een verkeerde inschatting zouden maken (3, 6, 7, 11). Ook de ideologische en filosofische verschillen tussen

artsen onderling spelen een rol bij de manier waarop en in welke mate patiënten van een beperkte prognose op de hoogte gebracht worden.

### De patiënt en prognose

Enkele onderzoeksresultaten suggereren dat een aanzienlijk aantal terminale kankerpatiënten hun ziektestatus niet volledig correct inschat en dat velen hun levensverwachting overschatten. Hierbij is aangetoond dat dit een invloed kan hebben op de beslissing om een actieve behandeling voort te zetten. Patiënten zouden eerder bereid zijn om te kiezen voor een (experimentele) chemotherapeutische behandeling als er slechts een minimale levensverlenging is, in tegenstelling tot artsen en andere gezondheidswerkers. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat patiënten vanuit een ander perspectief denken, wat niet zomaar te transponeren is naar personen die zich niet in dezelfde situatie bevinden. Wanneer echter rekening gehouden wordt met de moeilijkheden waarmee artsen geconfronteerd worden bij het mededelen van een prognose, zou dit deels kunnen verklaren waarom dicht bij het levenseinde toch nog vaak voor agressieve behandelingen gekozen wordt (therapeutische hardnekkigheid) (7-9, 12, 13).

De meeste patiënten verkiezen een realistische en geïndividualiseerde aanpak van de arts en gedetailleerde informatie betreffende hun prognose. Men moet er zich ook van bewust zijn dat er patiënten zijn die geen prognostische informatie wensen te bespreken of enkel goed nieuws willen horen (7, 8, 10). Patiënten vragen om sterker betrokken te worden bij het medische beslissingsproces, wat ervoor zorgt dat er een steeds grotere aandacht is voor het mededelen van een prognose, omdat hierin het principe van de zelfdeterminatie van de patiënt bevestigd wordt.

Het mededelen van een prognose kan bij de patiënt in zekere zin hoop doen ontstaan, omdat inlichtingen verschaffen de angst vermindert die verbonden is met onwetendheid en onzekerheid. Enkele studies, die de impact van het onthullen van een prognose onderzochten, tonen aan dat er aanwijzingen zijn dat patiënten aan wie tegemoetgekomen werd in hun behoefte aan een gesprek rond hun levensverwachting, een grotere tevredenheid en minder depressie vertonen (7, 10, 14). Het mededelen van een prognose dient op een gepast moment te gebeuren om nog van enige betekenis te zijn voor de patiënt om mee te kunnen beslissen over mogelijke therapeutische opties. Op die manier wordt aan patiënten ook de kans geboden om keuzen te maken die verbonden zijn met bepaalde doelen die zij nog willen realiseren en om praktische regelingen te treffen. Gewapend met prognostische informatie kunnen patiënten beter met zichzelf, hun ziektestatus en het nakende einde in het reine komen (3, 5, 7, 8, 10).

Hoewel artsen vaak dezelfde redenen („beneficere” – „non-maleficere”) aanhalen om een ongunstige prognose niet of juist wel mee te delen, maken bovenvermelde gegevens duidelijk hoe belangrijk het is om prognostische informatie met patiënten te bespreken.

Op welke manier dit het beste gerealiseerd kan worden en hoe bepaalde hinderpalen kunnen weggenomen worden, is bijgevolg een boeiend onderzoeksonderwerp (3, 5, 7, 9).

### Definiëren van prognose en moeilijkheden bij het inschatten van een prognose

Er zijn meerdere mogelijkheden om prognose te definiëren. De term prognose wordt meestal gehanteerd wanneer geen genezing meer mogelijk is (3). Er is echter een grote variatie in het gebruik van meer beschrijvende of specifieke termen in het benaderen van prognose. De prognose kan voorgesteld worden als de waarschijnlijkheid om nog een bepaalde periode te leven of juist de kans om binnen een vastgelegde termijn te sterven.

Het proberen bepalen van een prognose kan niet als een exacte wetenschap gezien worden. Vooraleer aan bijvoorbeeld oncologische patiënten een diagnose wordt medegedeeld, zijn meestal verschillende (technische) onderzoeken gebeurd en is er via bijkomende gegevens zoals aanvullende pathologisch-anatomische bevindingen bijna zekerheid over de diagnose. Voor een prognose is dit vaak niet het geval.

Verskillende methoden worden aangewend om de accuraatheid van een prognose te verhogen, zoals het gebruik van statistische algoritmen, de raadpleging van collega-artsen en gedetailleerd literatuuronderzoek (8). Het is echter niet vanzelfsprekend om vanuit literatuurgegevens een prognose te formuleren. Er is eerder een beperkte bron van gegevens, waarbij vooral moet gewerkt worden met gemiddelde overlevingen. Dit kan dan voorgesteld worden door middel van schattingen zoals: „Wanneer men statistieken bekijkt, ziet men dat de helft van de patiënten in uw situatie binnen het jaar zal overlijden. Er is hier echter een zekere variatiebreedte omdat dit betekent dat sommige patiënten vroeger kunnen overlijden en andere juist langer kunnen leven.” Deze gegevens houden ook geen rekening met de comorbiditeit en de „performance status” van de patiënt, de situatie op dat moment (een nieuwe diagnose of recidief) en de al dan niet optredende respons op eventueel gestarte behandelingen. De op basis van dergelijke gegevens geschatte levensverwachting is meestal een overschatting (8). Patiënten onthouden vooral de meest gunstige cijfers. Het systematisch werken met percentages en numerieke statistische gegevens kan voor verkeerde interpretaties zorgen. Daarom wordt beter geprobeerd om een benadering te geven waarbij gepoogd wordt de geschatte levensverwachting afhankelijk van de specifieke situatie uit te drukken in weken, maanden of jaren (3).

Een andere belangrijke factor is de ervaring van de arts uit de klinische praktijk (gelijkaardige patiënten met een langere of kortere levensduur), die er verantwoordelijk voor kan zijn dat men de situatie van de patiënt optimistischer dan wel pessimistischer voorstelt.

Het maken van een overlevingsschatting is aldus een complex proces en wordt uiteindelijk gesteld op basis

van kennis en literatuurgegevens gecombineerd met klinische ervaring.

### Het medelen van de prognose

Wanneer het om het mededelen van een prognose gaat, zijn er enkele valkuilen die artsen moeten pogen te ontwijken.

Zoals gesteld, moet in acht genomen worden dat er patiënten zijn die geen prognostische informatie wensen te bespreken of enkel goed nieuws willen horen (10). Men moet zich er dus van verzekeren dat de patiënt openstaat voor dergelijke informatie. Artsen blijven ook vaak met vragen zitten, zoals „Is de patiënt nu bereid en in staat om te praten over de prognose?”, zonder deze effectief aan de patiënt te stellen. Het thema van de prognose wordt op die manier vaak niet aangeraakt, omdat de arts wacht tot die vraag door de patiënt uitgesproken wordt en zo zelf het onderwerp niet ter sprake brengt. Een te realistische aanpak, waarbij een prognose vermeld wordt of de patiënt dit nu wil of niet, kan te hard en brutaal overkomen. De toekomst te rooskleurig voorstellen, houdt het gevaar in dat het vertrouwen van de patiënt beschadigd wordt wanneer deze later ontdekt dat dit niet het geval is.

Wat kan de patiënt aan? Wat wil de patiënt horen? Dit is niet iets wat de arts zelf kan beslissen. Bij twijfel kan dit best gebeuren in multidisciplinair overleg, met de andere leden van het medisch team en met familieleden of de huisarts. De arts moet ook in staat zijn om te gaan met eventuele druk van familieleden om bepaalde informatie achter te houden. Het is dus van belang om de wensen van de patiënt te achterhalen. Dit is nooit een zwart-witsituatie: vaak is er bij patiënten een spanningsveld tussen het willen kennen van de informatie en de vrees voor de psychische gevolgen voor zichzelf en de naaste omgeving. Voor deze ambigue situatie bestaat er geen standaardcommunicatietechniek. Artsen kunnen enkel proberen te tonen dat zij de moeilijke situatie van de patiënt begrijpen en duidelijk maken dat zij er op dat moment zijn voor de patiënt. Dit vereist het observeren van niet-verbale signalen en een groot inlevingsvermogen.

Back en Arnold stellen een uitgewerkte strategie voor bij het medelen van een (beperkte) prognose (10). Deze aanpak is gebaseerd op bepaalde onderhandelingstechnieken en patiëntgerichte communicatie. Een basisvoorwaarde is dat artsen voldoende vertrouwd zijn met communicatievaardigheden, met het detecteren van emoties en met het kunnen uiten van empathie. Ook is het evident dat de arts beschikt over de noodzakelijke kennis en literatuurgegevens over het verloop en de prognose van de ziekte in kwestie. Back en Arnold zijn geen tegenstanders van een realistische aanpak, maar willen een strategisch kader bieden dat meer patiëntgericht is. Voor artsen die twijfelen of onzeker zijn, kan het een ondersteuning en een basisplatform tot communicatie bieden om patiënten eerst uitdrukkelijk te vragen of zij

bereid zijn om te praten over hun prognose. De arts moet er ook rekening mee houden dat niet iedereen zomaar bereid is om de waarheid te kennen. Het is ook belangrijk dat patiënten begrijpen wat de term prognose juist inhoudt; dit kan verduidelijkt worden met expliciete vragen, zoals „Hoeveel wilt u weten over het waarschijnlijke verloop van de ziekte?”

Na deze openingsvraag worden enkele stappen vooropgesteld bij patiënten die verder uitgebreide prognostische informatie wensen.

### Onderhandelen over de inhoud van de bespreking

Nagegaan wordt wat de patiënt precies wil weten en hoe de behoeften van de patiënt het best beantwoord kunnen worden. Dit kan het best door de vragen van de patiënt te parafaseren en meer verduidelijking te vragen; tegelijkertijd kan de arts de patiënt ook zelf keuzen laten maken door verschillende mogelijkheden aan te bieden en voorkeuren na te gaan. De arts kan de vraag van de patiënt bijvoorbeeld beantwoorden door enkele statistische gegevens voor te stellen, zoals de gemiddelde levensverwachting van patiënten die zich in hetzelfde ziektestadium bevinden, of hij kan voorstellen om te beschrijven wat er in het slechtste en in het beste geval te verwachten is.

### Informatie verschaffen

In deze context, waarbij men onderhandeld heeft met de patiënt en op de hoogte is van de inzichten en de verwachtingen, kunnen artsen de prognose duidelijk en recht uit meedelen, zelfs wanneer die prognose erg beperkt is.

### Inzicht verkrijgen in de reactie van patiënt en familieleden

Het is van belang dat eventuele emotionele reacties bij patiënten en familieleden niet genegeerd worden. Artsen moeten zelf ook kunnen uitdrukken wat hun perceptie van de situatie is. Ze kunnen daarnaast de gevoelens van de patiënt exploreren door eventueel toelichting te vragen. Bijvoorbeeld: „Het lijkt alsof dit niet de informatie was die u verwachtte.” Hierbij wordt duidelijk hoe belangrijk een basisvaardigheid zoals het uiten van inlevingsvermogen wel is. De arts moet in staat zijn om niet-verbale signalen en eventuele angstgevoelens te onderkennen. Daarnaast moet duidelijk gemaakt worden dat hij de gevoelens van de patiënt eerbiedigt en begrijpt, en dat de patiënt vrijuit kan praten over zijn emoties.

### Verifiëren of alles goed begrepen is

Omdat de patiënt of de familieleden complexe medische informatie verkeerd kunnen interpreteren of enkel de

goede of slechte aspecten horen, moet de arts nagaan of de informatie die hij wou overbrengen goed begrepen is, bijvoorbeeld door de patiënt te vragen wat hij van de bespreking onthouden heeft.

### Herdefiniëren van hoop

Wanneer er geen etiologische behandelingsmodaliteiten meer voorhanden zijn, is er meestal geen hoop meer op het remmen van de vooruitgang of op genezing van de ziekte. Hoop in de context van een terminale aandoening wordt dan gezien als een multidimensionaal en dynamisch proces waarbij patiënten proberen hun veranderende realiteit te aanvaarden (15, 16). Het is belangrijk om patiënten ervan te verzekeren dat alles in het werk zal gesteld worden om pijn en andere fysieke symptomen in de toekomst te controleren. Het is essentieel dat artsen het gevoel overbrengen dat er gezorgd zal worden voor de patiënt. Patiënten vinden het belangrijk dat ze weten dat hun persoon en waardigheid in de toekomst gerespecteerd zullen worden. Opdat patiënten met hun beperkte levensverwachting zouden kunnen omgaan, kan het ook waardevol zijn dat hulpverleners samen met patiënten realistische doelen exploreren en die pogen te bereiken.

### Besluit

Het exploreren van literatuur over de momenteel gangbare praktijk van het communiceren van een prognose aan patiënten toont aan dat dit een onderwerp is waarmee artsen vaak geconfronteerd worden. Er zijn aanwijzingen dat de prognose vaak niet besproken wordt, net zoals er vroeger ook moeilijkheden waren om aan kankerpatiënten een diagnose mede te delen (7, 14).

Hoewel soms uit medeleven en uit respect voor ethische principes zoals „beneficere” een prognose niet onthuld wordt, is men het er nu over eens dat het achterhouden of het niet ter sprake brengen van een prognose de autonomie van terminale patiënten aantast. Onderzoeken tonen duidelijk aan dat de meeste patiënten correct en volledig ingelicht over hun diagnose en levensverwachting willen worden.

Het overbrengen van prognostische informatie is een complex communicatieproces dat verschillende vaardigheden vergt en is voor artsen een emotioneel uitdagende opdracht.

Back en Arnold hebben een referentiekader ontwikkeld dat door artsen gebruikt kan worden om tegemoet te komen aan de nood aan informatie die patiënten hebben, waarmee ze door het vragen aan de patiënt wat deze precies wil weten, ook bij zichzelf de hinderpalen kunnen wegnemen om een gesprek over de prognose op gang te brengen. De bevinding dat artsen heel wat moeilijkheden ondervinden met het bespreken van slecht nieuws, zoals het geven van een prognose bij terminaal zieke patiënten, toont het belang aan van een

gerichte communicatietraining in de artsenopleiding, waarbij praktische benaderingen zoals die van Back en Arnold zeer nuttig kunnen zijn.

### Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

#### Abstract

##### Telling bad news to cancer patients: a shift from diagnosis to prognosis

In the past physicians did not inform their patients on a cancer diagnosis. Usually, physicians considered the physician-patient relationship paternally and did not intend to harm their patients by telling the diagnosis. In the last decades, the autonomy of the patient has become more prominent, physicians getting more conscious of the patient's right to be fully informed about the current status of his disease.

Although actually physicians tell patients about the diagnosis, indications do exist that they still face problems to communicate the prognosis.

Several studies have revealed that most patients want to be informed about their prognosis. Discussing prognosis is a key issue, as it acknowledges the patient's autonomy and may be useful for planning the future. Knowing the prognosis can also help to decide the choice of therapy, e.g. near the end of the patient's life.

In this article, obstacles for disclosure of the prognosis are being identified. Also, a patient-centered approach based on literature findings and helping health professionals in the communication of the prognosis, is presented.

### Literatuur

1. ELWYN TS, FETTERS MD, GORENFLO W, TSUDA T. Cancer disclosure in Japan: historical comparisons, current practices. *Soc Sci Med* 1998; 45: 1151-1163.
2. OKEN D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *JAMA* 1961; 175: 1120-1128.
3. GORDON EJ, DAUGHERTY CK. „Hitting you over the head”: oncologists' disclosure of prognosis to advanced cancer patients. *Bioethics* 2003; 17: 142-168.
4. NOVACK DH, PLUMER R, SMITH RL, OCHITILL H, MORROW GR, BENNETT JM. Changes in the physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979; 241: 897-900.
5. ANNAS G. Informed consent, cancer, and truth in prognosis. *N Engl J Med* 1994; 330: 223-225.
6. BAILE WF, LENZI R, PARKER PA, BUCKMAN R, COHEN L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2189-2196.
7. HAGERTY RG, BUTOW PN, ELLIS PM, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1278-1288.
8. LAMONT EB, CHRISTAKIS NA. Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1096-1105.
9. EARLE CC. Do unto others... (editorial). *J Clin Oncol* 2006; 24: 3331-3332.
10. BACK AL, ARNOLD RM. Discussing prognosis: „How much do you want to know?” talking to patients who are prepared for explicit information. *J Clin Oncol* 2006; 24: 4209-4213.
11. CHRISTAKIS NA, IWASHYNA TJ. Attitude and self-reported practice regarding prognostication in a national sample of internists. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2389-2395.
12. MATSUYAMA R, REDDY R, SMITH TJ. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24: 3490-3496.
13. WEEKS JC, COOK EF, O'DAY SJ. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* 1998; 279: 1709-1714.
14. HAGERTY RG, BUTOW PN, ELLIS PM, DIMITRY S, TATTERSALL MH. Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Ann Oncol* 2005; 16: 1005-1053.
15. CLAYTON LM, BUTOW PN, ARNOLD RM, TATTERSALL MH. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer* 2005; 103: 1965-1975.
16. BAILE WF, BUCKMAN R, LENZI R, GLOBER G, KUDELKA A. P. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-311.