

# Undervisning om »det svåra samtalet« bör ingå i läkarutbildningen

Läkarens empati viktig vid besked om cancer, visar PubMed-sökning



**HANNA NILSSON**, vik underläkare, Dalens sjukhus, Stockholm; vid tiden för detta projekt  
läkarstudent, termin 11, Lunds universitet  
hanna.nilsson.lu@gmail.com

I högskoleförordningens mål för läkarutbildningen [1] ställs tydliga krav på den blivande läkarens relationella förmågor. Det anges att studenten, för att erhålla läkarexamen, ska »visa självkännedom och empatisk förmåga« och »visa förmåga till ett etiskt och professionellt förhållningssätt...«. I den lokala utbildningsplanen vid Lunds universitet [1] uttrycks vidare att man som nytexaminerad läkare ska »kunna etablera god kontakt med patient och närstående« och »kunna ge tröst och stöd«.

Dessa krav får antas vara särskilt påtagliga i känsliga situationer, som då man ska förmedla svåra besked till sin patient.

I litteraturen har dåliga nyheter (engelska »bad news«) definierats som »sådana nyheter som på ett drastiskt och negativt sätt förändrar patientens bild av sin framtid« [2]. Att ge sådana besked har visat sig vara både en vanlig och stressande situation för de flesta läkare [3], och nyligen beskrev en äldre kollega i Läkartidningen [4] hur trösten kan vara en svår uppgift trots lång erfarenhet.

Varje år diagnostiseras drygt 50 000 cancerfall i Sverige [5]. I utredningen En nationell cancerstrategi för framtiden [6] rapporteras om »läkare som saknar grundläggande kunskaper i kommunikation framför allt när det gäller de svåra beskederna och samtalen« och om cancerbesked som förmedlats på ett okänsligt sätt.

Av en SBU-rapport om patient-läkarrelationen [7] framgår att en omvårdande hållning vid förmedling av cancerbesked är kopplat till bättre psykologisk anpassning hos patienten och omvänt hur en bristande kommunikation kan få negativa effekter i form av ökad förekomst av ångest och depression. Rapporten hänvisar samtidigt till studier som indikerar att förmågan att etablera goda relationer till patienter kan försämrats under den medicinska utbildningen.

Syftet med den här studien har varit att kartlägga vilka riktlinjer litteraturen erbjuder för kommunikationen kring svåra besked, illustrerat av samtal om cancer. Särskilt fokus har

## FAKTA 1. SPIKES-strategin

- SPIKES är en sex-stepsstrategi för svåra samtal med cancerpatienter. Stegen inkluderar att
- förbereda samtalet (S)
  - värdera patientens förståelse (P)
  - undersöka patientens informationsbehov (I)
  - ge kunskap och information (K)
  - bemöta patientens emotionella reaktion (E)
  - sammanfatta och utforma en strategi (S).
- (Fritt efter Baile et al [15].)

lagts vid betydelsen av patient-läkarrelationen och läkarens förhållningssätt.

## METOD

PubMed genomfördes efter artiklar med anknytning till patient-läkarrelationen (MeSH Major topic »physician-patient relations«), svåra besked (»bad news«, »truth disclosure«, »diagnosis disclosure«) och cancer (»cancer«, »oncology«, »neoplasm«). För att göra materialet hanterbart begränsades urvalet till artiklar publicerade de senaste 10 åren.

Efter granskning inkluderades 27 artiklar som bedömdes tillämpliga på en vuxen svensk population (studier genomförda i anglosaxiska, västeuropeiska och nordiska länder och som inte gällde barn).

Dessa indelades i en grupp med empiriska studier (16 studier) och en grupp med icke-empiriska studier (11 studier), som utgjordes av råd och riktlinjer i form av reviewartiklar, fallbeskrivningar och liknande.

Utöver materialet genererat via PubMed inkluderades ytterligare 1 artikel [8] och 5 böcker [2, 9-12] relevanta för ämnet.

Bland de 28 inkluderade artiklarna fokuserade 13 [8, 13-24] huvudsakligen på själva diagnostillfället och 2 [25, 26] specifikt på samtal med patienter med obotlig cancersjukdom. Responderande 13 artiklar [27-39] behandlade svåra samtal med cancerpatienter mer generellt.

## RESULTAT

Den aktuella litteraturen tar upp aspekter på svåra besked som här summerats i fyra huvudteman: praktiska aspekter, läkarens förhållningssätt, kommunikationen av det svåra beskedet och patientens reaktioner.

### Praktiska aspekter

**Inför samtalet.** Det har föreslagits att det svåra samtalet

## SAMMANFATTAT

**Patient-läkarrelationen** och läkarens förmåga att visa empati är viktiga delar i kommunikationen av svåra besked. I detta ingår att kunna reflektera över patientens såväl som sina egna psykologiska och känslomässiga reaktioner.

**God kommunikation** vid förmedling av cancerbesked är kopplat till bättre psykisk hälsa hos patienter.

**Litteraturen erbjuder gene-**

rellt samstämmiga riktlinjer för kommunikationen kring svåra besked om cancer. Dessa borde kunna omsättas i klinisk praxis genom införandet av tydliga rutiner för svåra samtal.

**Det skulle vara** önskvärt att låta undervisning, övning och handledning i svåra samtal ingå som en viktig del i grundutbildningen och vidareutbildningen av läkare.

inte bör betraktas som en engångsföreteelse utan snarare som en process som börjar redan innan diagnosen bekräftats [13, 27] och sedan fortlöper i form av en dialog med och en relation till läkaren [8].

Betydelsen av en struktur för det svåra samtalet framhålls av Baile et al [28]. De presenterar en sex-stepsstrategi (SPIKES) med särskild tillämpning på cancerpatienter (Fakta 1).

Samtalet kan underlättas av att man redan på förhand kommit överens med patienten om hur resultatet av utredningen ska förmedlas [28] och vem som ska närvara [8, 14]. Det har rekommenderats att ha annan sjukvårdspersonal närvarande vid svåra samtal om cancer [15], men några studier [14, 16, 26] har visat att patienter inte alltid önskar detta.

Minichiello et al [8] refererar till en ABCDE-strategi för svåra besked som inkluderar att man som läkare förbereder sig både känslomässigt och genom att skriva ner och repetera lämpliga formuleringar. I linje med detta visade en amerikansk studie [29] att läkare som kämpade för att finna de rätta orden i samband med diagnosbeskedet hade mindre nöjda patienter.

Att avsätta tillräckligt med tid för samtalet [8, 17, 30], ordna en avskild och behaglig plats och se till att inte bli störd är andra åtgärder som rekommenderas [28-30].

**Under samtalet.** Om inte särskilda omständigheter föreligger bör svåra besked förmedlas personligen och inte per telefon [14, 26]. Det har visat sig uppfattas av patienter som ett uttryck för respekt att läkaren sitter ner, på patientens nivå [31], och att sitta nära patienten var förknippat med högre patienttillfredsställelse i en studie [29]. Det är däremot inte alla patienter som önskar bli fysiskt berörda av sin läkare [16].

Flera författare [8, 32, 33] menar att det underlättar för patienten om läkaren skriver ner viktig information eller illustrerar med enkla figurer. Effekten av dokumentation har också studerats i en randomiserad studie [34], som visade att bildinspelning ökade cancerpatienters hågkomst av och tillfredsställelse med samtalet. I några enkätstudier [14, 26] har patienter dock inte skattat detta som viktigt.

**Efter samtalet.** Samtalet bör avslutas med att läkaren sammanfattar den medicinska informationen och presenterar en plan för nästa steg [35]. Många patienter anser det viktigt att efter ett svårt besked få möjlighet att ställa frågor till sin läkare [14, 26], gärna samma dag [18], samt att få tid för återbesök [19].

Att informera om eller förmedla kontakt med andra stödfunktioner, t ex kurator, har rekommenderats [15]. I en studie [14] angav merparten av patienterna att de önskade sådan kontakt. När de skulle ranka denna möjlighet i förhållande till andra aspekter av kommunikationen hamnade den dock bland de minst viktiga.

Läkare uppmanas också att aktivt bearbeta egna känslor [8], och det har föreslagits att man avsätter en stund för debriefing för egen del efter samtalet, exempelvis med en kollega [20].

### Läkarens förhållningssätt

**Att visa empati.** I merparten av de aktuella empiriska studierna [16-19, 21-23, 25, 28-30, 36, 37] framkommer patient-läkarrelationen och/eller läkarens förmåga till empati som viktiga teman, och stöd ges åt antagandet att cancerpatienter värdesätter ett empatiskt förhållningssätt. Detta har visat sig vara kopplat till bl a högre grad av patienttillfredsställelse [17] och långsiktigt psykiskt välbefinnande [22].

Enligt psykologen Ulla Holm [9] kan empati definieras som

### »... att identifiera de känslor som patienten känner och benämna och bekräfta dem ...«

förmågan att »fånga upp och förstå en annan människas känslor och att vägledas av den förståelsen i kontakten med den andra«.

Att i absoluta termer definiera vad som kännetecknar ett empatiskt eller omvårdande beteende (caring behaviour) har visat sig vara svårt [23], men det rekommenderas bl a att identifiera de känslor som patienten känner och benämna och bekräfta dem [8, 20, 28, 35].

Patientens bild av den empatiske läkaren framträdde i en svensk studie [25] som någon som intresserade sig för både fysiska och psykiska angelägenheter och som kunde läsa av patientens sinnesstämning.

I en större amerikansk studie av Parker et al [36] fick patienter skatta betydelsen av olika beteenden hos läkaren. Att uppmuntra patienten att prata om sina känslor inför beskedet och säga att det är ok att bli upprörd är exempel på påståenden som skattades som viktiga i studien (i medeltal högre än 3 poäng på en 5-gradig skala). Högst poäng fick dock aspekter som rörde läkarens expertis (se nedan).

I en schweizisk studie [21] undersökte man hur tre olika kommunikationsstilar hos läkare uppfattades av kvinnor som fick leva sig in i situationen att få en bröstcancerdiagnos. Mest positiva resultat genererade den patientcenterade stilen. Den utmärktes av bl a att medicinsk information och emotionellt stöd anpassades efter patientens behov. Den känslomässigt centerade kommunikationsstilen inkluderade uttryck av sorgsenhet och oro från läkarens sida, medan läkaren med den sjukdomscenterade stilen utgick från sina egna antaganden om patientens behov och gav ringa känslomässigt stöd. Båda dessa stilar upplevdes mer negativt av försökspersonerna.

En annan forskargrupp [22] visade att det långsiktiga känslomässiga välbefinnandet hos bröstcancerpatienter påverkades positivt av en läkare som intog en mer omvårdande hållning och visade känslomässigt stöd i samband med diagnos. Att vara uppmuntrande och villig att prata om patientens känslor har också visat sig ge nöjdare och mindre oroliga patienter [18].

**Att inge hopp.** Hopp kan ha flera betydelser utöver önskan om att bli frisk [12]. Det kan t ex röra sig om en önskan om smärtfrihet [33] eller en fridfull död [37].

Hagerty et al [26] undersökte vilka egenskaper och beteenden hos läkaren som uppfattades som hoppingivande av patienter med obotlig cancersjukdom. En läkare som såg patienten som en individ, var realistisk och kompetent och som intygade att smärta kan kontrolleras uppfattades som mer hoppingivande än en läkare som intog en undvikande hållning.

En hoppfull inställning bör balanseras med realism för att undvika att patienten berövas möjligheten att utforska sina rädslor och förhoppningar eller att prata om döden [33]. Evans et al [37] menar att det är möjligt att diskutera dålig prognos utan att patienten förlorar hoppet med hjälp av principen »att hoppas på det bästa men förbereda för det värsta«. Strävan bör vara att sätta upp realistiska mål som ger utrymme för patienten att hoppas samtidigt som man förbereder sig för hur ett mindre önskat utfall ska hanteras.

Några författare [19, 26] framhäver information om behandling som ett viktigt verktyg för att förmedla hopp, och i en studie [14] skattades det av patienterna som den näst vikti-

gaste aspekten av kommunikation att vara säker på att få bästa möjliga behandling.

**Att vara medicinsk expert.** I den ovan nämnda studien av Parker et al [36] framkom att det patienter ansåg allra viktigast var läkarens expertis och sådant som berörde själva innehållet i beskedet, även när det ställdes mot stödande aspekter. Att läkaren var uppdaterad på forskning, uppfattades som skicklig och berättade de bästa behandlingsalternativen rankades bland de viktigaste aspekterna (i medeltal mer än 4,5 på en 5-gradig skala).

Detta får stöd i en studie av 39 kvinnor med bröstcancer [31], där behovet av att känna förtroende för läkarens expertis framstod som det viktigaste för patienten. Utifrån kvinnornas berättelser framkom att expertis kunde kommuniceras av läkaren genom att uppvisa praktisk skicklighet (t ex suturerings- eller undersökningsteknik), visa självförtroende och handlingskraft eller svara på frågor utan att tveka.

I en annan studie av bröstcancerpatienter [22] fann man dock att kvinnornas psykiska välmående på lång sikt inte var korrelerat till i vilken mån de uppfattade sin läkare som tekniskt kunnig.

**Att se människan bakom sjukdomen och vara personlig.** I flera artiklar [25, 31, 32, 35] påpekas att patienter önskar bli sedda som individer av sin läkare. Samtal om hur sjukdomen kan förväntas påverka övriga aspekter av livet har också visat sig ge nöjdare patienter [18]. Patienter verkar även uppskatta när läkaren är personlig [25] och går utanför sin yrkesroll, t ex genom att göra något för patienten som inte varit förväntat [31].

### Kommunikationen av det svåra beskedet

Patienter kan antas ha olika önskemål vad gäller information i samband med ett cancerbesked. Några författare [8, 32] menar därför att läkarens uppgift handlar mycket om att vara lyhörd för den enskilde patientens behov snarare än att följa på förhand uppsatta riktlinjer. Ett antal strategier som verkar lämpliga att använda i samband med kommunikationen av det svåra beskedet framträder dock.

**Goda strategier.** Flera författare [8, 28, 33, 35] rekommenderar läkare att utforska patientens behov av information genom att be honom eller henne beskriva sin förståelse av situationen och anpassa informationen därefter.

Att med ord förvarna patienten om att dåliga nyheter är på gång har visat sig ha positiva effekter [18, 29]. Det rekommenderas vidare att det svåra beskedet förmedlas i små portioner [35], på ett enkelt språk [16] utan medicinsk terminologi [35, 38]. Att använda ett språk som är på patientens nivå har visat sig uppfattas som ett respektfullt bemötande [31], och en tydlig framställning av den mängd information som patienten önskar är förknippat med ökad patienttillfredsställelse och minskad oro [18].

Vidare tycks patienter föredra att ordet »cancer« används framför förmildrande omskrivningar eller medicinska termer [14, 18]. Det har dock påpekats att man bör lyssna in patientens reaktion för att kunna välja rätt tidpunkt under samtalet [24].

I en tysk studie [17] undersöktes hur nöjda en grupp patienter

**»... en moralisk plikt för varje människa som arbetar i vården att reflektera över sitt beteende gentemot patienter ...«**

ter var med patient-läkarrelationen i samband med att de fått sitt cancerbesked. Det som utmärkte konsultationen i gruppen med mycket nöjda patienter var bl a att patienten lyckades följa med i samtalet, att läkaren tillät pauser för att låta informationen sjunka in och att frågor besvarades i tillräcklig utsträckning.

### Patientens reaktioner

Att få besked om livshotande sjukdom kan förväntas utlösa någon form av krisreaktion hos den som drabbas [7]. Nedan presenteras exempel på vanliga reaktionsmönster och generella förhållningssätt man som läkare kan inta för att bemöta dem.

**Vanliga reaktioner på svåra besked.** Människors reaktioner på svåra besked varierar beroende på förväntningar, tidigare erfarenheter och personliga egenskaper [39], men vanliga reaktioner i samband med cancerbesked har rapporterats vara (i fallande ordning) chock, rädsla, acceptans, sorgsenhet respektive icke-oro [24].

**Att hantera patientens reaktioner.** En författare [2] ger rådet att ha en tillåtande attityd till vad som är »normala« reaktioner och acceptabelt beteende i samband med svåra besked.

Cullberg [11] rekommenderar, med utgångspunkt i krisbegreppet, att man som läkare intar en terapeutisk hållning gentemot patienten. Detta förhållningssätt kännetecknas av en strävan efter ökad kunskap om patientens situation och de egna reaktionerna samt ett intresse för den ömsesidiga kommunikationen. Det förutsätter att läkaren har empati, självkänedom och kunskap om psykologiska förhållanden.

Holm [10] utvidgar denna definition till att också innefatta förmåga till självreflektion och självdisciplin och benämner den »professionell hållning«. En sådan hållning innebär »... en ständig strävan att i yrkeslivet styras av det som – på kort och lång sikt – gagnar den hjälpsökande och inte av de egna behoven, känslorna och impulserna ...«. Hon betonar att det rör sig just om ett förhållningssätt snarare än konkreta beteenden och handlingar.

En mer generell etisk hållning är att betrakta det som en moralisk plikt för varje människa som arbetar i vården att reflektera över sitt beteende gentemot patienter [12].

### DISKUSSION

Litteraturen erbjuder generellt samstämmiga riktlinjer för kommunikationen kring svåra besked om cancer. Några aspekter värda att särskilt belysa är de som gäller läkarens medicinska expertis och betydelsen av ett empatiskt förhållningssätt.

I merparten av de empiriska studierna framkom patient-läkarrelationen och/eller betydelsen av ett empatiskt förhållningssätt hos läkaren som viktiga teman. I ett par studier framträdde dock läkarens expertis som det viktigaste för patienten, även då den ställdes mot stödande aspekter.

Att vara medicinsk expert på sitt område är ett krav som följer med läkarrollen oavsett specialitet, och det kan därför tyckas självklart att patienter förväntar sig att läkaren har den medicinska kompetens som krävs för att kunna ge bästa möjliga vård. I fallet med cancer kan dessa förväntningar möjligen förstärkas av att det är ett område som är föremål för mycket forskning och som erbjuder tekniskt avancerade behandlingar, vilket kan ge patienten hopp om att få hjälp i kampen mot sin specifika cancerform. I linje med detta pekade flera studier på hur just information om behandling är ett viktigt verktyg för att förmedla hopp.

I en studie visade sig psykiskt välmående på lång sikt inte



vara korrelerat till i vilken mån läkaren uppfattades som tekniskt kunnig. Här återstår att undersöka om patientens uppfattning på ett medvetet plan skiljer sig från mer indirekta mått på betydelsen av läkarens expertis (exempelvis skattning av psykiskt välbefinnande).

Man kan också spekulera över på vilket sätt detta förhållande utvecklas under sjukdomens förlopp. Möjligen kan medicinsk kompetens upplevas viktigast i början av sjukdomen då hoppet om bot kan antas vara som starkast. Med försämrad prognos är det tänkbart att stödjande aspekter får en ökad betydelse.

## Riktlinjer kan hjälpa både läkaren och patienten

I materialet presenteras riktlinjer för hur det svåra samtalet kan organiseras och genomföras vad gäller praktiska aspekter och konkreta kommunikationsstrategier. Dessa borde kunna omsättas i klinisk praxis genom införandet av tydliga rutiner eller PM för svåra samtal, precis som för andra kliniska situationer. En gemensam bas i arbetet med svåra besked kan förväntas underlätta arbetet för läkare och annan involverad sjukvårdspersonal och inte minst ha positiva effekter för berörda patienter. Ansvaret för införandet av lämpliga rutiner bör rimligen ligga på organisationsnivå och inte hos den enskilda läkaren.

Arbetet med att utforma gemensamma riktlinjer skulle det vara av värde att göra en genomgång av litteraturen begränsad till evidensbaserade studier, alternativt att mer systematiskt ställa icke-empiriska råd och riktlinjer mot empiriska studier. Fler randomiserade studier skulle naturligtvis vara önskvärt, men etiska aspekter gör möjligheterna till detta begränsade. Vidare forskning krävs också i hur utvärdering av svåra samtal kan systematiseras. Enkäter som en rutin i uppföljningen efter ett svårt besked skulle vara ett sätt att kartlägga patientperspektivet.

## Läkaren i rollen som medmänniska

Även om det svåra samtalet till viss del kan schematiseras verkar det finnas vissa centrala aspekter som inte låter sig fångas i checklistor och steg-för-stegstrategier. Några författare re-

sonerar kring att ett omvårdande förhållningssätt kan antas bygga på förmågor som ligger på ett djupare plan och handlar om att kunna inta patientens perspektiv och reflektera över patientens gensvar på ett svårt besked. Ett sådant synsätt ställer krav på läkarens förmåga att anpassa sig till varje unik situation och människa.

Detta återspeglas i Holms definition av den professionella hållningen som just ett förhållningssätt snarare än konkreta beteenden och handlingar. I denna ingår, som nämnts tidigare, både självkännet och självreflektion.

En professionell hållning är alltså nära förknippad med läkarens mänskliga mognad och förmåga att se sina egna styrkor och svagheter. För att kunna vara ett fullgott stöd för patienten krävs därmed att man som läkare är beredd att arbeta med sig själv och förhålla sig till sina egna känslor. I det här perspektivet är det inte tillräckligt att enbart inta rollen som medicinsk expert i förhållande till den sjuka människan – man bör också kunna inta rollen som medmänniska.

## SLUTSATS

Mot bakgrund av den här sammanställningen framstår patient-läkarrelationen och läkarens förmåga att visa empati som viktiga delar i kommunikationen av svåra besked. Det verkar därför som om kraven på blivande läkare att »kunna ge tröst och stöd« och »visa självkännet och empatisk förmåga« är helt rimliga. Som nämns i inledningen saknas de här förmågorna alltför ofta bland läkare. Därför borde undervisning, övning och handledning i svåra samtal ingå som en viktig del i läkarutbildningen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Jan Arlebrink, universitetslektor vid Centrum för teologi och religionsvetenskap samt forskare vid Klinisk alkoholforskning, Lunds universitet, har varit författarens handledare.*

**Kommentera denna artikel på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)**

- REFERENSER**
- Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.
  - Järhult J. Sjukvården kan »trolla bort« döden, men inte trösta. Läkartidningen. 2009;106:565-6.
  - Minichiello TA, Ling D, Ucci DK. Breaking bad news: a practical approach for the hospitalist. J Hosp Med. 2007;2(6):415-21.
  - Holm U. Det räcker inte att vara snäll: förhållningssätt, empati och psykologiska strategier hos läkare och andra professionella hjälpare. Stockholm: Natur och Kultur; 1995.
  - Holm U. Empati: att förstå andra människors känslor. 2:a uppl. Stockholm: Natur och Kultur; 2001.
  - Cullberg J. Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie. 3:e uppl. Stockholm: Natur och Kultur; 1992.
  - Arlebrink J. Grundläggande vårdetik: teori och praktik. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2006.
  - Schofield PE, Beeney LJ, Thompson JF, Butow PN, Tattersall MH, Dunn SM. Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. Ann Oncol. 2001;12(3):365-71.
  - Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MH, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. Ann Oncol. 2003;14(1):48-56.
  - Salander P. Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. Soc Sci Med. 2002;55(5):721-32.
  - Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. Patient Educ Couns. 2005;58(3):244-51.
  - Mager WM, Andrykowski MA. Communication in the cancer »bad news« consultation: patient perceptions and psychological adjustment. Psychooncology. 2002;11(1):35-46.
  - Quirk M, Mazor K, Haley HL, Philbin M, Fischer M, Sullivan K, et al. How patients perceive a doctor's caring attitude. Patient Educ Couns. 2008;72(3):359-66.
  - Friedrichsen MJ, Strang PM, Carlsson ME. Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer care – patient's view of the doctor giving the information. Support Care Cancer. 2000;8(6):472-8.
  - Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leigh N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. J Clin Oncol. 2005;23(6):1278-88.
  - Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
  - Ptacek JT, Ptacek JJ. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. J Clin Oncol. 2001;19(21):4160-4.
  - Wright EB, Holcombe C, Salmon P. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. BMJ. 2004;328(7444):864.
  - Ong LM, Visser MR, Lammes FB, Van Der Velden J, Kuenen BC, de Haes JC. Effect of providing cancer patients with the audiotaped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study. J Clin Oncol. 2000;18(16):3052-60.
  - Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. J Clin Oncol. 2001;19(7):2049-56.