

University of Groningen

Het slechtnieuwsgesprek

Wouda, Jan C; van de Wiel, Harry B M

Published in:
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Wouda, J. C., & van de Wiel, H. B. M. (2019). Het slechtnieuwsgesprek: 10 tips. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163. <https://www.ntvg.nl/artikelen/het-slechtnieuwsgesprek-10-tips>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Het slechtnieuwsgesprek: 10 tips

Jan C. Wouda en Harry B.M. van de Wiel

Samenvatting

Een slechtnieuwsgesprek roept vaak heftige emoties op bij een patiënt en diens naasten.

Deze emoties verhinderen de mentale verwerking van aanvullende informatie.

In een slechtnieuwsgesprek moet u daarom niet alleen informatie geven, maar ook uw patiënt helpen bij de emotionele verwerking van de boodschap en houvast te bieden.

Dit alles is nodig opdat uw patiënt samen met u kan komen tot weloverwogen beslissingen.

In een slechtnieuwsgesprek confronteert u een patiënt met een nare boodschap. Door de vaak heftige emoties die het slechte nieuws oproepen, zoals angst, woede of verdriet, blokkeert het denkvermogen van uw patiënt en kan hij uw verdere uitleg niet goed in zich opnemen en beoordelen.¹ Naast het geven van inhoudelijke informatie, moet u daarom uw patiënt ook helpen bij de emotionele verwerking van de boodschap. Uw patiënt kan alleen dan samen met u komen tot een weloverwogen beslissing over het vervolgtraject.² In een slechtnieuwsgesprek bestaat uw inbreng dan ook uit: (a) begrijpelijke informatie geven; (b) steun bieden bij de emotionele verwerking; en (c) houvast bieden voor het vervolgtraject.³

In dit artikel geven wij u 10 tips om deze gespreksdoelen te bereiken. De tips zijn gebaseerd op eigen ervaringen en empirisch onderzoek naar wensen, tevredenheid, begrip en psychisch welbevinden van patiënten.

Tip 1

Weet dat u vaak slecht nieuws brengt

Slechtnieuwsgesprekken zijn er in alle soorten en maten. Naast het klassieke voorbeeld van een onheilspellende diagnose of een risicovolle ingreep, kunnen ook complicaties, onverwachte bijwerkingen en blijvende beperkingen veel onrust en onzekerheid oproepen bij een patiënt. Datzelfde geldt voor een ogenschijnlijk eenvoudige verwijzing of voor het bespreken van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Voor patiënten heeft de informatie die u geeft, vaak het karakter van slecht nieuws.⁴ Dit artikel bevat algemene tips voor de aanpak van routineconsulten.

Andere slechtnieuwsgesprekken, zoals die in de palliatieve zorg, of het bespreken van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, vragen mogelijk om een iets andere aanpak.^{5,6} In dit artikel laten wij deze variaties in de aanpak verder achterwege.

Tip 2

Bereid het gesprek voor

Gezien het belang dat het slechte nieuws heeft voor een patiënt en de emoties die dit nieuws oproept, is het wenselijk dat u het gesprek voorbereidt. Zodoende kan het gesprek in alle rust en ongestoord plaatsvinden en ervaart uw patiënt tijdens en na het gesprek voldoende steun en houvast. Bovendien kan het slechte nieuws ook bij uzelf de nodige emoties oproepen. Een goede voorbereiding voorkomt dat uw eigen emoties u tijdens het gesprek hinderen. Probeer daarom aan de volgende punten te voldoen, ook al is er sprake van tijdsdruk.

Locatie en tijdstip Kies een rustige plek waar u zittend, ongestoord en vertrouwelijk kunt praten.^{7,8} Kies een tijdstip waarop u niet onder tijdsdruk komt te staan en waarop uw patiënt voldoende helder is en niet wordt afgeleid door lichamelijke ongemakken. Indien er een beslissing op korte termijn nodig is, dan kunt u eventueel twee consulten inplannen met een pauze ertussen. In die pauze kan uw patiënt de informatie laten bezinken en vragen voorbereiden.

Aanwezigen Vaak zijn er behalve uw patiënt ook naasten en een verpleegkundige of een praktijkondersteuner bij het gesprek aanwezig. Houd de grootte van het gezelschap beperkt en vraag zo nodig de naasten om een of twee 'vertegenwoordigers' aan te wijzen.

Uitleg Omdat het vaak lastig is om de balans te vinden tussen enerzijds openheid en eerlijkheid en anderzijds hoop en houvast

bieden,⁹⁻¹² moet u vooraf bedenken hoe u het gesprek gaat beginnen en hoe u het slechte nieuws gaat brengen. Ook bepaalt u welke informatie u beslist aan uw patiënt wilt vertellen, welke informatie u kunt geven op geleide van de vragen van uw patiënt en hoe u deze informatie zo bondig en eenvoudig mogelijk kunt presenteren. Een tekening of afbeelding kan daarbij behulpzaam zijn.

Ondersteunende informatie Ondanks een goede uitleg gaat veel van uw informatie tijdens het gesprek verloren. Goede voorlichtingsmaterialen (folders, internetadressen en contactgegevens) en beslissingshulpmiddelen bieden uw patiënt houvast na het gesprek. Door het overvloedige aanbod vraagt dit echter om maatwerk.¹³ Bij uitvoerige informatie is een samenvatting op hoofdlijnen wenselijk, zodat niet alleen uw patiënt, maar ook anderen snel en toch zorgvuldig kunnen worden geïnformeerd.⁸

Nazorg Vooral bij heftig slecht nieuws is uw patiënt niet in staat om in hetzelfde gesprek al een weloverwogen beslissing te nemen over het vervolgtraject. Nazorg is dan gewenst en kan bestaan uit het aanbieden van: (a) een besloten ruimte met koffie en thee om even bij te komen; (b) een nagesprek met een verpleegkundige of praktijkondersteuner; (c) (taxi)vervoer naar huis; en (d) een vervolgesprek op korte termijn.

Informeer uw collega-behandelaars zo snel mogelijk, zodat ook zij goed geïnformeerd hun bijdragen kunnen leveren.

Tip 3

Houd de regie

Gezien de emotionele verwarring die het slechte nieuws oproept, is het belangrijk dat u de regie houdt over het gespreksverloop. Zo voorkomt u dat het gesprek niet alleen voor uw patiënt, maar ook voor uzelf chaotisch verloopt. Houd daarom de onderstaande structuur aan: (1) de belangrijkste boodschap meedelen; (2) ruimte bieden voor de emotionele reactie; (3) aanvullende uitleg geven; (4) houvast bieden; en (5) het gesprek beëindigen.^{3,7,8,14,15}

Tip 4

Breng het slechte nieuws kort, duidelijk en realistisch

De eerste fase, waarin u het slechte nieuws meedeelt, kan vrij kort duren, maar vergeet wel een summiere inleiding, waarin u vertelt wat er staat te gebeuren, zoals bijvoorbeeld het meedelen van bepaalde uitslagen. U kunt tijdens deze inleiding ook nagaan hoe uw patiënt erbij zit, hoe hij zich heeft voorbereid op het gesprek,¹³ en wat hij ervan verwacht.^{8,15} U bestendigt daarmee het contact en kunt al enigszins inschatten welke reacties u kunt verwachten. Na de inleiding vertelt u het slechte nieuws, eventueel voorafgegaan door een 'waarschuwingzin'.^{7,16} Wees kort, duidelijk en realistisch.¹⁷ Al het andere is verwarrend en verhoogt de spanning, ook bij u. Bijvoorbeeld: 'Vorige week zijn bij u een aantal nieuwe foto's gemaakt en we zijn nu hier om de uitslag daarvan te bespreken. Helaas is die uitslag ongunstig. De kanker blijkt zich ondanks de chemotherapie toch te hebben uitgebreid.'

Tip 5

Bied ruimte voor emotie

Nadat u het nieuws heeft gebracht, is uw patiënt doorgaans niet in staat om goed te luisteren naar uw verdere uitleg en adviezen. Waar emotie zit, is geen plaats voor informatie,¹⁸ en die emoties moeten eerst tot een hanteerbaar niveau worden teruggebracht.^{19,20} Wacht daarom op de eerste reactie en maak zo nodig een uitnodigende opmerking, zoals 'U bent er stil van?' of 'Wat gaat er nu in u om?'

Vervolgens reflecteert u de gevoelens van uw patiënt. De volgende tips kunnen u daarbij helpen.^{21,22} Vul de emoties niet in voor uw patiënt. Beperk u tot wat u hoort en ziet en formuleer dat op een vragende of veronderstellende toon. Bijvoorbeeld: 'Ik zie dat... Klopt dat?' Benoem niet alleen het juiste gevoel, maar ook de juiste intensiteit ervan. Het maakt uit of iemand ongerust of in paniek is. Geef, indien mogelijk, ook aan waar de emotie volgens u uit voortkomt. Bijvoorbeeld: 'Ik merk dat u heel boos bent. Volgens u heeft de huisarts veel te lang gewacht met doorverwijzen. Klopt dat?'

Tip 6

Reken op uiteenlopende reacties

Hoe uw patiënt reageert, hangt van een samenspel van factoren af, zoals verwachtingen, interpretaties, coping en culturele regels.

Verwachtingen Komt het slechte nieuws als een donderslag bij heldere hemel of is uw patiënt al enigszins voorbereid?

Interpretaties Vaak is er sprake van diverse, soms ambivalente emoties. Zo kan er naast verdriet ook opluchting doorklinken.

Meestal versterkt ambivalentie de intensiteit van beide emoties. Dus neem alle emoties serieus, ook al lijken ze in uw ogen onredelijk of zelfs tegenstrijdig. Bijvoorbeeld: 'U zegt dat u heel verdrietig bent over deze uitslag, maar ik hoor ook enige opluchting

dat u nu eindelijk weet waar u aan toe bent. Klopt dat?’

Coping Sommige patiënten gaan ‘verstandelijk’ om met hun nieuwe situatie en vragen vooral om aanvullende informatie om de onzekerheid de baas te worden. Anderen reageren nauwelijks, tonen alleen berusting of machteloosheid en willen dat hun arts voor hen beslist.²³ Weer andere patiënten reageren juist heftig met boosheid of verdriet. Bij hen moeten de emoties eerst bedaren voordat ze openstaan voor meer informatie.

Culturele regels Naast de persoonlijkheid bepalen ook culturele regels de wensen en verwachtingen van patiënten en hun (emotionele) reactie op slecht nieuws.²⁴ In de Nederlandse cultuur zijn we inmiddels gewend aan een vrij onomwonden, directe stijl. Andere culturen geven de voorkeur aan het indirecter en getrapt vertellen van slecht nieuws,^{14,25} en in sommige culturen behoort men eerst de familie te informeren.^{17,24,26}

Tip 7

Onderken verwerkingsvragen

Veel patiënten reageren op het horen van het slechte nieuws met het stellen van allerlei vragen. Vanuit hun expertise en behoefte om hun patiënt zo veel mogelijk te helpen, zijn veel artsen geneigd om direct in te gaan op al deze vragen en een uitgebreide uitleg te geven. Dit soort hulp werkt in het slechtnieuwsgesprek echter averechts. Natuurlijk heeft uw patiënt recht op informatie en moeten alle vragen ook worden beantwoord, maar daarvoor is pas (emotionele) ruimte als het slechte nieuws enigszins is verwerkt. Veel van de vragen die patiënten stellen na het horen van slecht nieuws, zijn vooral verwerkingsvragen die de geschoktheid tot uiting brengen. Pas dus op met aanvullende informatie. Houd het antwoord kort en benoem de emotionele onderstroom in de vraag. Bijvoorbeeld: [patiënt] ‘Maar dokter, hoe kan dat nou, bij het vorige onderzoek was alles toch nog in orde?’ [arts] ‘Ik zie dat u schrikt van deze uitslag. De vorige keer leek alles ook goed te zijn. Toch is er geen twijfel mogelijk. Het onderzoek toont aan dat uw leverfunctie fors is achteruitgegaan.’

Tip 8

Maak uw aanvullende uitleg behapbaar

Na de verwerking van de eerste schok ontstaat er meestal ruimte voor uw uitleg over de achtergronden van het slechte nieuws en over de verdere onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Deze informatie biedt uw patiënt houvast, maar kan ook opnieuw de nodige emoties oproepen.²⁷ Probeer daarom de informatie zo veel mogelijk te geven op geleide van de vragen van uw patiënt en las regelmatig een pauze in om uw patiënt te helpen om uw uitleg te verwerken.²⁸ Vragen of uw patiënt uw uitleg heeft begrepen, is daarvoor vaak onvoldoende. Veel patiënten zijn te zeer aangeslagen of willen niet voor dom worden aangezien en beantwoorden uw vraag daarom automatisch bevestigend. U kunt beter een vraag stellen, zoals ‘Begrijpt u wat dit voor u gaat betekenen?’ of ‘Als u straks thuis komt en iemand vraagt naar dit gesprek, wat gaat u dan vertellen?’

Houd wel de regie over het gespreksverloop. Maak zo nodig een agenderende opmerking, zoals ‘Ik begrijp dat er nu allerlei vragen bij u opkomen. Ik stel voor dat ik u eerst vertel wat er nu precies aan de hand is en dat ik daarna inga op de mogelijkheden die wij hebben om uw ziekte te behandelen en wat u daarvan kunt verwachten. Vindt u dat goed?’

Ga niet in discussie met uw patiënt over de juistheid van uw uitleg als deze uw boodschap nog niet heeft aanvaard. U kunt zich dan beter beperken tot een opmerking als ‘Ik merk dat u het niet kunt bevatten’.

Tip 9

Bied houvast

Uw uitleg is niet alleen bedoeld om uw patiënt inzicht te geven in zijn situatie, maar is vooral ook bedoeld om uw patiënt houvast te bieden bij de emotionele verwarring.²⁷ Het gaat daarbij om: (a) inhoudelijk houvast: duidelijkheid over wat er aan de hand is, welke onderzoeken of behandelingen er mogelijk zijn en wat uw patiënt hiervan mag verwachten;³ (b) procedureel houvast: hoe ziet het vervolgetraject eruit, welke afspraken moeten er worden gemaakt voor en met uw patiënt;¹⁷ en (c) relationeel houvast: het vertrouwen in de verdere hulpverlening, de steun en de hoop die u uw patiënt biedt, uw respect voor de autonomie van uw patiënt.²⁹

Tip 10

Het gesprek beëindigen

Wanneer u op een gegeven moment alle belangrijke informatie aan uw patiënt heeft verteld en ook uw patiënt niet meer met nieuwe vragen komt, kunt u het gesprek afronden. Vat de belangrijkste zaken samen en nodig uw patiënt uit nog resterende vragen

te stellen. Bijvoorbeeld: 'Helaas bleek uit de onderzoeken dat u borstkanker heeft. Als behandeling adviseren we u een borstsparende operatie, gevolgd door bestraling. U kunt er echter ook voor kiezen om uw borst volledig te laten verwijderen. In dat geval is de bestraling niet nodig. [korte pauze] Ik heb u ook uitgelegd dat we nog verder willen onderzoeken of de kanker is uitgezaaid en welke verdere behandeling dan nodig is. Ik denk dat we daarmee de belangrijkste zaken wel hebben besproken. Maar misschien zijn er nog vragen waar u nu al een antwoord op wilt?'

Als alle vragen zijn beantwoord, kunt u ter controle van het begrip uw patiënt uitnodigen om in eigen woorden de belangrijkste punten te herhalen met een vraag. Bijvoorbeeld: 'Ik heb u nu heel veel verteld en ik wil graag weten of wat ik u heb verteld ook goed is overgekomen. Daarom zou ik u willen vragen om het in uw eigen woorden nog eens te herhalen. Wat gaat u bijvoorbeeld aan uw partner of kinderen vertellen?'

Het lijkt wellicht overdreven om deze herhaling aan uw patiënt te vragen, zeker wanneer u tijdens het gesprek al regelmatig het begrip van uw patiënt heeft gecontroleerd. Deze controle is echter niet alleen voor uzelf nuttig, maar ook voor uw patiënt. U weet dan welke aspecten zijn blijven hangen en welke aspecten door de emotionele verwarring weer zijn vergeten, en deze herhaling helpt uw patiënt om de belangrijkste zaken beter te onthouden.³⁰

Ter afsluiting van het gesprek kunt u de nazorg aanbieden die is genoemd bij tip 2. Zorg ten slotte ook voor uzelf en neem de gelegenheid om uw eigen emoties over het gesprek te verwerken.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D4134
- UMCG, Wenckebach Instituut, Groningen: dr. J.C. Wouda, voorlichtingskundige; prof.dr. H.B.M. van de Wiel, medisch psycholoog.
- Contact: H.B.M. van de Wiel (h.wiel@umcg.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 27 september 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2019;163:D4134

Literatuur

1. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 2003;96:219-22. [Medline](#)
2. Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MPT, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ.* 2012;344:e256. [doi:10.1136/bmj.e256](https://doi.org/10.1136/bmj.e256). [Medline](#)
3. 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;19:2049-56. [doi:10.1200/JCO.2001.19.7.2049](https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.7.2049). [Medline](#)
4. Eggly S, Penner L, Albrecht TL, et al. Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. *J Clin Oncol.* 2006;24:716-9. [doi:10.1200/JCO.2005.03.0577](https://doi.org/10.1200/JCO.2005.03.0577). [Medline](#)
5. Wittenberg-Lyles EM, Goldsmith J, Sanchez-Reilly S, Ragan SL. Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: deficiencies in current communication training protocols. *Soc Sci Med.* 2008;66:2356-65. [doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.042](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.042). [Medline](#)
6. Weiland A, Van de Kraats RE, Blankenstein AH, et al. Encounters between medical specialists and patients with medically unexplained physical symptoms; influences of communication on patient outcomes and use of health care: a literature overview. *Perspect Med Educ.* 2012;1:192-206. [doi:10.1007/s40037-012-0025-0](https://doi.org/10.1007/s40037-012-0025-0). [Medline](#)
7. Ptacek JT, Ptacek JJ. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *J Clin Oncol.* 2001;19:4160-4. [doi:10.1200/JCO.2001.19.21.4160](https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.21.4160). [Medline](#)
8. Mirza RD, Ren M, Agarwal A, Guyatt GH. Assessing patient perspectives on receiving bad news: a survey of 1337 patients with life-changing diagnoses. *AJOB Empir Bioeth.* 2019;10:36-43. [doi:10.1080/23294515.2018.1543218](https://doi.org/10.1080/23294515.2018.1543218). [Medline](#)
9. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004;363:312-9. [doi:10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5). [Medline](#)
10. Del Vento A, Bavelas J, Healing S, MacLean G, Kirk P. An experimental investigation of the dilemma of delivering bad news. *Patient Educ Couns.* 2009;77:443-9. [doi:10.1016/j.pec.2009.09.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.014). [Medline](#)
11. Burgers C, Beukeboom CJ, Sparks L. How the doc should (not) talk: when breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Educ Couns.* 2012;89:267-73. [doi:10.1016/j.pec.2012.08.008](https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.008). [Medline](#)
12. Van Vliet LM. [Balancing explicit with general information and realism with hope: communication at the transition to palliative breast cancer care](#) [proefschrift]. Utrecht: NIVEL; 2013
13. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns.* 2006;63:24-8. [doi:10.1016/j.pec.2005.10.006](https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.10.006). [Medline](#)

14. Bumb M, Keefe J, Miller L, Overcash J. Breaking bad news: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21:573-80. [doi:10.1188/17.CJON.573-580](https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580). [Medline](#)
15. Marschollek P, Bałkowska K, Bałkowski W, Marschollek K, Tarkowski R. Oncologists and breaking bad news-From the informed patients' point of view. The evaluation of the SPIKES protocol implementation. *J Cancer Educ*. 2019;34:375-80. [doi:10.1007/s13187-017-1315-3](https://doi.org/10.1007/s13187-017-1315-3). [Medline](#)
16. Porensky EK, Carpenter BD. Breaking bad news: effects of forecasting diagnosis and framing prognosis. *Patient Educ Couns*. 2016;99:68-76. [doi:10.1016/j.pec.2015.07.022](https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.022). [Medline](#)
17. Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology*. 2007;16:573-81. [doi:10.1002/pon.1093](https://doi.org/10.1002/pon.1093). [Medline](#)
18. Lazarus RS. *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press; 1991.
19. Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, et al. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25:5748-52. [doi:10.1200/JCO.2007.12.4180](https://doi.org/10.1200/JCO.2007.12.4180). [Medline](#)
20. Kennifer SL, Alexander SC, Pollak KI, et al. Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? *Patient Educ Couns*. 2009;76:51-6. [doi:10.1016/j.pec.2008.10.003](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.10.003). [Medline](#)
21. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Aust Fam Physician*. 2005;34:1053-5. [Medline](#).
22. Ivey AE, Ivey MB, Zalaquett CP. *Intentional interviewing and counselling: facilitating client development in a multicultural society*. 9th ed. Belmont: Cengage Learning; 2017.
23. Martins RG, Carvalho IP. Breaking bad news: patients' preferences and health locus of control. *Patient Educ Couns*. 2013;92:67-73. [doi:10.1016/j.pec.2013.03.001](https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.03.001). [Medline](#)
24. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2006;64:21-34. [doi:10.1016/j.pec.2005.11.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014). [Medline](#)
25. Oosterveld-Vlug MG, Francke AL, Pasma HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. How should realism and hope be combined in physician-patient communication at the end of life? An online focus-group study among participants with and without a Muslim background. *Palliat Support Care*. 2017;15:359-68. [doi:10.1017/S1478951516000833](https://doi.org/10.1017/S1478951516000833). [Medline](#)
26. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJJA, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. *Patient Educ Couns*. 2015;98:420-45. [doi:10.1016/j.pec.2014.11.018](https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.018). [Medline](#)
27. Hack TF, Degner LF, Parker PA; SCR Communication Team. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology*. 2005;14:831-45. [doi:10.1002/pon.949](https://doi.org/10.1002/pon.949). [Medline](#)
28. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MH, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol*. 2003;14:48-56. [doi:10.1093/annonc/mdg010](https://doi.org/10.1093/annonc/mdg010). [Medline](#)
29. Ommen O, Thuem S, Pfaff H, Janssen C. The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2,197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. *Int J Public Health*. 2011;56:319-27. [doi:10.1007/s00038-010-0212-x](https://doi.org/10.1007/s00038-010-0212-x). [Medline](#)
30. Kemp EC, Floyd MR, McCord-Duncan E, Lang F. Patients prefer the method of "tell back-collaborative inquiry" to assess understanding of medical information. *J Am Board Fam Med*. 2008;21:24-30. [doi:10.3122/jabfm.2008.01.070093](https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.01.070093). [Medline](#)