

Slecht-nieuwsgesprek (handreiking)

Vastgesteld op: 10-11-2012

Methode: consensus based

Regiehouder: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

Gegenereerd op: 13-12-2025

Bron: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/handreiking-slecht-nieuwsgesprek>

Inhoudsopgave

SLECHT-NIEUWSGESPREK (HANDREIKING)	3
Doel	3
Vorbereiding	3
Uitvoering	4
Nazorg	4
COLOFON	6
INLEIDING	8
DOELSTELLING	9
TIEN STAPPEN VAN HET GEPREK	10
Vorbereiding	10
1. Inhoudelijke voorbereiding	10
2. Organisatorische voorbereiding	10
3. Afstemming arts/verpleegkundige	11
Uitvoering	11
4. Inleiden van het slechte nieuws	11
5. Slecht nieuws brengen afgestemd op patiënt/naasten	11
6. Bespreken van gedachten en gevoelens	12
7. Samenvatten, plannen van een vervolggesprek en afronden	12
Nazorg	13
8. Opvangen patiënt en naasten	13
9. Rapporteren en informeren	13
10. Voeren van een vervolggesprek	13
VALKUILEN	15
TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN	16
Taken van de arts	16
Taken van de verpleegkundige	16
REFERENTIES	17

Slecht-nieuwsgesprek (handreiking)

Vastgesteld: 10-11-2012

Regiehouder: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

Palliative heeft sinds kort een kleine make-over gekregen: de kleuren zijn gelijkgetrokken met de vormgeving van Palliaweb. Uit gebruikersonderzoek bleek dat een eenduidige vormgeving duidelijker maakt wie de afzender is van de informatie. Aan de inhoud, indeling en opmaak van de richtlijnen is NIETS veranderd. De informatie kan op dezelfde manier worden gevonden zoals je gewend bent. Mocht je nog vragen, neem dan gerust [contact met ons](#) op.

De landelijke handreiking slecht-nieuwsgesprek biedt zowel artsen als verpleegkundigen een beknopt stappenplan om de kwaliteit van het slecht-nieuwsgesprek te verbeteren. Het doel hiervan is tweeledig:

- het geeft houvast tijdens het gesprek
- het helpt bij het ontwikkelen en/of versterken van vertrouwen en het vergroten van vaardigheden voor het voeren van het gesprek.

Het is bedoeld als leidraad, niet als keurslijf. Een flexibele houding van de arts en de verpleegkundige is onontbeerlijk om adequaat te kunnen inspelen op reacties van de patiënt. Bij het opstellen van de handreiking is uitgegaan van een multidisciplinair karakter van een slecht-nieuwsgesprek, waarbij artsen en verpleegkundigen ieder eigen taken en verantwoordelijkheden hebben.

Samenvatting

Slecht nieuws wordt gedefinieerd als alle informatie die het toekomstperspectief van iemand in ongunstige zin kan beïnvloeden.

Slecht-nieuwsgesprekken vinden plaats bij:

- het vermoeden of definitieve diagnose
- progressie of recidief van de ziekte
- duidelijkheid dat de behandeling geen effect (meer) heeft
- duidelijkheid dat verder behandelen niet zinvol is
- het aanbreken van de stervensfase.

Doel

Het brengen van slecht nieuws wordt door artsen en verpleegkundigen als een van hun meest stressvolle taken gezien, ook als zij frequent slecht-nieuwsgesprekken voeren. De landelijke handreiking slecht-nieuwsgesprek biedt zowel artsen als verpleegkundigen een beknopt stappenplan om de kwaliteit van het slecht-nieuwsgesprek te verbeteren.

Het doel hiervan is tweeledig:

- het geeft houvast tijdens het gesprek
- het helpt bij het ontwikkelen en/of versterken van vertrouwen en het vergroten van vaardigheden voor het voeren van het gesprek.

Het is bedoeld als leidraad, niet als keurslijf. Een flexibele houding van de arts en de verpleegkundige is onontbeerlijk om adequaat te kunnen inspelen op reacties van de patiënt.

Een goed verlopend gesprek is de basis voor de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt en is essentieel voor de besluitvorming over de verdere begeleiding en behandeling. De onderstaande fasen (voorbereiding, uitvoering en nazorg) en daarin te nemen 10 stappen structureren het slecht-nieuwsgesprek.

Vorbereiding

Stap 1 > Inhoudelijke voorbereiding

- Ken de diagnose, uitslagen van onderzoeken, behandelmogelijkheden en situatie van de patiënt
- Stem inhoud af met andere behandelaars en zorgverleners
- Bereid de inhoud van het gesprek voor

- Verzamel schriftelijke informatie over het ziektebeeld en mogelijke behandeling

Stap 2 > Organisatorische voorbereiding

- Kies een tijdstip waarop iedereen aanwezig kan zijn en nazorg mogelijk is
- Regel een geschikte, rustige ‘niet storen’ ruimte met privacy, waar nazorg mogelijk is
- Betrek naasten intensief, ook bij eventuele vervolgesprekken
- Neem opnameapparatuur mee om het gesprek, indien gewenst, op te nemen of zorg voor een samenvatting op papier

Stap 3 > Afstemming arts en verpleegkundige

- Bespreek de inhoud, onderlinge taakverdeling, mogelijke belemmeringen in de communicatie, eerste opvang en vervolg afspraken
- Bespreek eigen emoties en te verwachten emoties van de patiënt en naasten

Uitvoering

Stap 4 > Inleiden van het slechte nieuws

- Geef een korte inleiding op het slechte nieuws

Stap 5 > Slechte nieuws brengen in afstemming met de patiënt en naasten

- Kom na een korte stilte, snel met de boodschap in milde, duidelijke en begrijpelijke bewoordingen
- Geef stap voor stap nieuwe informatie, afgestemd op de wens en intellectuele vermogens van de patiënt
- Geef de patiënt en naasten telkens de tijd de informatie te verwerken en de gelegenheid om te reageren
- Ga pas daarna over op behandelopties en op korte termijn te bereiken, realistische hoopvolle doelen
- Check of de informatie is begrepen
- Let op non-verbale reacties en mogelijke angst voor verdere informatie

Stap 6 > Bespreken van gedachten en gevoelens

- Geef patiënt en naasten de ruimte om gedachten en gevoelens te uiten, nodig hen uit hierover te praten
- Vraag de patiënt en naasten naar hun zorgen en verwachtingen

Stap 7 > Samenvatten, plannen van een vervolgesprek en afronden

- Geef kort en helder weer wat is besproken
- Vraag of er nog belangrijke punten niet besproken zijn
- Verstrek relevante schriftelijke informatie
- Geef aan met wie, wanneer en hoe de patiënt en naasten contact kunnen opnemen, indien gewenst
- Nodig patiënt en naasten uit voor een vervolgesprek
- Rond het gesprek af

Nazorg

Stap 8 > Opvangen patiënt en naasten

- Verleen eerste opvang na het gesprek, bij voorkeur door een verpleegkundige die ook bij het gesprek aanwezig was

Stap 9 > Rapporteren en informeren

- Rapporteer het gesprek in medisch en verpleegkundig dossier
- Informeer de huisarts (of behandeld arts van de instelling waar de patiënt verblijft) direct na het gesprek

Stap 10 > Voeren van een vervolgesprek

- Verhelder onduidelijkheden, beantwoord vragen en corrigeer eventuele misvattingen
- Herhaal de kernboodschappen

- Bespreek behoeften en mogelijkheden voor behandeling en begeleiding

Voor deze richtlijn is ook een [samenvattingskaart](#) in zakformaat ontwikkeld. Deze is te downloaden en te [bestellen in de PZNL webshop](#).

Colofon

Vastgesteld: 10-11-2012

Regiehouder: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

Deze landelijke versie van de handreiking slecht-nieuwsgesprek is een samenvoeging van de volgende documenten:

- Handleiding slecht-nieuwsgesprek, IKMN oktober 2006
- Richtlijn slecht-nieuwsgesprek, IKL, oktober 2003
- Het slecht-nieuwsgesprek in 7 stappen, IKW, februari 2009
- Literatuurstudie slecht-nieuwsgesprekken, Universiteit Maastricht, 2011

De huidige versie 1.0 van de handreiking werd in 2012 geschreven door

- M.J. Uitdehaag, adviseur richtlijnen, IKNL

met ondersteuning van:

- S. Verboort, adviseur netwerken, IKNL
- W. Janssen, adviseur netwerken, IKNL
- S. Lunter, projectmedewerker productontwikkeling IKNL

Commentaar werd geleverd door:

- L. van Vliet, onderzoeker
- M. Zwakman, verpleegkundig beleidsmedewerker
- A. de Graeff, internist/oncoloog
- A. Krol, verpleegkundig specialist
- A. Klomp, oncologieverpleegkundige
- A. van den Pol-Grevelink, verpleegkundige/verplegingswetenschapper
- A. Jonker, verpleegkundige
- A. Roijen, verpleegkundige
- B. Houtkoper, verpleegkundige
- B. Seegers
- T. Brouwer, GZ psycholoog/patiëntvertegenwoordiger NFK
- C. Putker-Hatzman, verpleegkundig consulent oncologie
- C.A. Weerman, verpleegkundig specialist oncologie/hematologie
- C. Roose, verpleegkundige/coach
- C. Kienhorst, opleider/trainer/adviseur
- J. Chua-Hendriks, verpleegkundige
- C. Molenkamp, verpleegkundige
- R. Wiersma, oncologieverpleegkundige
- D. Haverkort, radiotherapeut
- D. van den Hurk, verpleegkundig specialist oncologie
- D. Harbers, verpleegkundig consulent palliatieve zorg
- E. Scott, verpleegkundige
- E. de Meijer, oncologieverpleegkundige
- E. Janssens, verpleegkundige
- H. Frauenfelder, verpleegkundig specialist i.o.
- R.W.M. Hooijen, huisarts
- H. Suurd-Liebe, diëtist
- E. Deurloo, fysiotherapeut/oedeemtherapeut
- J. Bossenga, physician assistant
- J. Visser, oncologieverpleegkundige
- J. Vahl, verpleegkundige
- J. Looije, huisarts i.o.
- Y.G. van Ingen, specialist ouderengeneeskunde

- J. Klop, fysio- en oedeemtherapeut
- F. Steijns, verpleegkundige
- J. van Leer, huisarts
- L. Verhoeven, verpleegkundig specialist intensive zorg
- L. Mol, coördinator
- M. Houmes, verpleegkundig specialist
- D. Hameeteman, verpleegkundige
- M. Gantois, verpleegkundige
- M. Nanning, verpleegkundige
- M. van Soest-Poortviet, onderzoeker
- M. Vlodrop-Keulen, verpleegkundige
- M. Thoma, verpleegkundige
- N. van Rooij, oncologieverpleegkundige/trainer communicatie
- H. Pecht, verpleegkundige
- P.J. Schimmel, specialist ouderengeneeskunde
- R. Venema, diëtist
- R. Huisman, IC verpleegkundige/docent
- S. Kuilman, oncologieverpleegkundige
- S. Carli, diëtist
- T. Peters, netwerkcoördinator
- S. van der Zwaan, oncologieverpleegkundige
- T. van de Weijer
- J. Uil, verpleegkundige
- W. Grosz, casemanager

Inleiding

Vastgesteld: 10-11-2012

Regisseur: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

Slecht nieuws wordt gedefinieerd als alle informatie die het toekomstperspectief van iemand in ongunstige zin kan beïnvloeden (VandeKieft, 2001). Slecht-nieuwsgesprekken vinden plaats bij:

- het vermoeden of definitieve diagnose
- progressie of recidief van de ziekte
- duidelijkheid dat de behandeling geen effect (meer) heeft
- duidelijkheid dat verder behandelen niet zinvol is
- het aanbreken van de stervensfase.

Het brengen van slecht-nieuws wordt door artsen als een van hun meest stressvolle taken gezien (VandeKieft, 2001), ook als zij frequent slecht-nieuwsgesprekken voeren (Baile,2000). Mogelijke oorzaken voor de stress zijn de angst om emotioneel betrokken te raken (Brown,2009), en om door het brengen van het slechte nieuws alle hoop op genezing weg te nemen (Whitney, 2008). Artsen vinden het lastig om de informatie gedoseerd te geven, afgestemd op de wensen van de patiënt (Baile,2000). Tijdens het slecht-nieuwsgesprek is naast de arts ook vaak een (vaste) verpleegkundige aanwezig om de patiënt en naasten te begeleiden, ook na het gesprek (Davis,2003). Verpleegkundigen ervaren vaak problemen wanneer het slechte nieuws is verteld zonder dat er iemand aanwezig was voor de opvang en verdere begeleiding van de patiënt en naasten (Brown,2009) (Lensen,2000).

De landelijke handreiking slecht-nieuwsgesprek biedt zowel artsen als verpleegkundigen een beknopt stappenplan om de kwaliteit van het slecht-nieuwsgesprek te verbeteren. Het doel hiervan is tweeledig:

- het geeft houvast tijdens het gesprek
- het helpt bij het ontwikkelen en/of versterken van vertrouwen en het vergroten van vaardigheden voor het voeren van het gesprek.

Het is bedoeld als leidraad, niet als keurslijf. Een flexibele houding van de arts en de verpleegkundige is onontbeerlijk om adequaat te kunnen inspelen op reacties van de patiënt. Bij het opstellen van de handreiking is uitgegaan van een multidisciplinair karakter van een slecht-nieuwsgesprek, waarbij artsen en verpleegkundigen ieder eigen taken en verantwoordelijkheden hebben.

Doelstelling

Vastgesteld: 11-10-2012

Regiehouder: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

Tijdens het gesprek worden vier doelen nagestreefd, namelijk dat patiënten en (indien beschikbaar) naasten:

- het slechte nieuws horen: patiënten en naasten zijn geïnformeerd over het slechte nieuws;
- het slechte nieuws begrijpen: patiënten en naasten weten wat het nieuws inhoudt, onduidelijkheden worden verhelderd en misvattingen worden gecorrigeerd;
- het slechte nieuws kunnen beoordelen: patiënten en naasten weten in grote lijnen wat de gevolgen zijn voor henzelf en hun omgeving;
- ondersteuning ontvangen en geholpen worden bij het verwerken van het slechte nieuws.

Het is afhankelijk van de reactie van de patiënt en naasten in hoeverre deze doelen in één gesprek worden bereikt. Na het eerste gesprek onthouden veel patiënten alleen de diagnose (Friis, 2003) (Gabrijel, 2008), dus meestal zijn hier meerdere gesprekken voor nodig bij voorkeur kort achter elkaar. Een slecht-nieuwsgesprek is nooit een eenmalige gebeurtenis maar is onderdeel van een proces (Tobin, 2008). In eerste instantie zal het slechte nieuws een op zichzelf staande boodschap zijn, die later kan worden uitgebreid met de mogelijkheden voor behandeling van de ziekte en/of (potentiële) symptomen.

Tien stappen van het geprek

Vastgesteld: 10-11-2012

Regiehouder: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

[pznl-richtlijn-slecht-nieuws-gesprek-def](#) De onderstaande fasen (voorbereiding, uitvoering en nazorg) en daarin te nemen 10 stappen structureren het slecht-nieuwsgesprek. Dit kan helpen bij het aanleren van de specifieke vaardigheden, het zelfvertrouwen vergroten en daarmee overmatige stress voorkomen (VandeKieft, 2001) (Baile, 2000).

De 10 stappen zijn in verkorte versie te raadplegen in de samenvattingskaart slecht-nieuwsgesprek.

[samenvattingskaart slecht-nieuwsgesprek \(pdf\)](#)

[samenvattingskaart slecht-nieuwsgesprek \(webshop\)](#)

Vorbereiding

Een goed verlopend gesprek is de basis voor de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt en is essentieel voor de besluitvorming over de verdere begeleiding en behandeling. Het is aan te bevelen één vaste, verantwoordelijke arts en verpleegkundige aan te wijzen, waarmee een goede vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd (Salander, 2002). Een slecht-nieuwsgesprek is een gedeeltelijk gestructureerd gesprek. Er staat enigszins vast wat er gezegd gaat worden. De rest van het gesprek is meestal ongestructureerd; het hangt af van de reacties van de patiënt hoe het gesprek verder zal verlopen. Een goede voorbereiding bestaat uit inhoudelijke en organisatorische voorbereiding en afstemming tussen artsen en verpleegkundigen.



1. Inhoudelijke voorbereiding



- Ken de feiten en behandelmogelijkheden: uitslagen van onderzoek, diagnose, behandelvoorstel en situatie van de patiënt. Nauwkeurigheid en volledigheid is op een dergelijk gevoelig moment essentieel voor het vertrouwen.
- Zorg voor een goede communicatie met andere behandelaars en zorgverleners, zodat boodschappen elkaar niet tegenspreken; denk daarbij ook aan de huisarts (of behandeld arts van de instelling waar de patiënt woont).
- Ga het gesprek in met een plan en bereid u voor op wat u wilt zeggen.
- Zorg (indien beschikbaar) voor schriftelijke informatie over het ziektebeeld en mogelijke behandeling.
- Wees erop voorbereid dat in één gesprek niet alle feiten aan de orde hoeven te komen.



2. Organisatorische voorbereiding



- Vertel het slechte nieuws nooit per telefoon.
- Regel een geschikte, rustige ruimte met privacy.
- Wees op tijd aanwezig.
- Regel een tolk, indien relevant. Laat niet een naaste vertalen.
- Zorg voor de aanwezigheid van tissues.
- Zorg dat u niet gestoord wordt door piepers, telefoons en andere afleidende elementen (bordje 'niet storen' op de deur) (Ptacek, 2001).
- Plan voldoende tijd voor het gesprek, maar ook voor een eventueel nagesprek door verpleegkundige of een andere zorgverlener.
- Stimuleer patiënten om een naaste mee te nemen en benadruk het belang hiervan, bijvoorbeeld door dit duidelijk te vermelden op de afsprakenkaart. Als het standaard benadrukt wordt, wordt voorkomen dat de patiënt en naasten al 'slecht nieuws' ontvangen door dit specifieke verzoek. Lastige situaties met naasten kunnen voorkomen worden, door hen intensief bij de gesprekken te betrekken en alles eerlijk te bespreken (Davis, 2003) (Block, 2003).
- Zorg voor een ruimte waar patiënten met hun naasten kunnen napraten en waar zij iets te drinken kunnen krijgen.
- Kies een tijdstip waarop nazorg kan worden gegeven. Wanneer het slecht-nieuwsgesprek op de verpleegafdeling plaatsvindt, houd rekening met de praktische mogelijkheden van verpleegkundigen en opvangmogelijkheden voor de patiënt en naasten. Wanneer het slecht-nieuwsgesprek op de polikliniek plaatsvindt, moet dit bij voorkeur niet op

vrijdagmiddag plaatsvinden, mede in verband met de (on)bereikbaarheid van zorgverleners in het weekend.

- Bied de patiënt of naasten de mogelijkheid om de inhoud van het gesprek later nogmaals terug te lezen of horen (Uitdehaag, 2012) (Scott, 2003). Bijvoorbeeld door het gesprek op te nemen, neem hiervoor opnameapparatuur mee of biedt de patiënt aan dit zelf mee te nemen. Of geef de patiënt na het overleg een korte samenvatting van het gesprek mee op papier.



3. Afstemming arts/verpleegkundige



De arts en de verpleegkundige bereiden het gesprek samen voor (Davis, 2003). Hierbij bespreken zij de volgende punten:

- De informatie die tijdens het gesprek wordt gegeven, onder andere het eventuele behandelingsvoorstel, deelname aan wetenschappelijk onderzoek etc.
- Onderlinge taakverdeling
- Welke belemmeringen in de communicatie kunnen optreden: zintuiglijke stoornissen [slechthorend, visueel], culturele verschillen (Baile, 2002) (de Graaff, 2012) (Gilbar, 2009) en taalproblemen, cognitieve problemen (Tuffrey-Wijne, 2012) (Tuffrey-Wijne, 2010) en/of psychische of mentale problemen. Bespreek hoe met deze belemmeringen om te gaan en wat ieders rol daarbij is.
- Mogelijke reacties en emoties van patiënten en hun naasten.
- Eigen emoties.
- Plannen van de eerste opvang en (eventuele) vervolgesprekken. Wacht hiermee niet te lang (Salander, 2002).

Uitvoering

Observeer tijdens het gesprek regelmatig wat de verwachtingen van de patiënt zijn om de communicatie op diens voorkeuren af te stemmen (Jenkins, 2001). Dit kan per cultuur en levensbeschouwelijke achtergrond verschillend zijn (Baile, 2002) en afhankelijk zijn van de intellectuele mogelijkheden van de patiënt (Tuffrey-Wijne, 2012). Het openlijk bespreken van een ongunstige diagnose, prognose of een naderende dood is bij mensen met een niet-westerse achtergrond niet vanzelfsprekend (Mistiaen, 2011). Wanneer u vindt dat iets benoemd moet worden, leid dit dan in door aan te geven waarom u als zorgverlener dit noodzakelijk vindt. Meestal wordt het dan geaccepteerd. Geef patiënten de ruimte als zij informatie niet kunnen of willen horen. Wees voorzichtig met het verstrekken van meer informatie, wanneer patiënten laten merken dat zij dit niet wensen. Patiënten hebben het recht op niet-weten, tenzij dit niet opweegt tegen de nadelen die hieruit voortvloeien. Vaak vragen patiënten naar meer informatie als zij zich zekerder voelen. Een goede uitvoering bestaat uit een korte inleiding, gevolgd door de boodschap die snel, duidelijk en begrijpelijk gebracht wordt, een continue afstemming op de patiënt en naasten, het bespreekbaar maken van gevoelens en gedachten en een afronding waarin het geheel wordt samengevat met duidelijke vervolgspraken.



4. Inleiden van het slechte nieuws



- Leid het slechte nieuws kort in. Maak daarbij selectief gebruik van impliciete taal, bijvoorbeeld 'Ik heb helaas geen goed nieuws voor u' in plaats van het expliciete 'Ik heb slecht nieuws voor u'. Dit kleine verschil houdt de toon van het gesprek positiever en kan een gevoel van hoop in stand houden (Walsh, 2003) (Del Vento, 2009) (Friedrichsen, 2002). Hoop en realisme hoeven elkaar niet uit te sluiten (Back, 2003).



5. Slecht nieuws brengen afgestemd op patiënt/naasten



- Laat een korte stilte vallen, kijk hoe de patiënt reageert. Kom vervolgens snel met de essentie van het slechte nieuws

(Rassin, 2006). Eerlijkheid en duidelijkheid scheppen vertrouwen (VandeKieft, 2001) (Jenkins, 2001) en kunnen ook hoop bieden (Hagerty, 2005). Patiënten en hun naasten voelen vaak goed aan wat er aan de hand is. Geef daarna, stap voor stap, nieuwe informatie.

- Geef de patiënt telkens even tijd de informatie te verwerken en gelegenheid om te reageren (Friedrichsen, 2003). Bewaak dat de patiënt afzonderlijk van zijn naasten, en bij voorkeur als eerste, zijn reactie kan geven. Daarmee kunnen alle betrokkenen inzicht opdoen over elkaars wensen, angsten en verwachtingen. Besef dat patiënten en naasten soms geheimen voor elkaar hebben en verschillende belangen.
- Vat informatie regelmatig samen en check of patiënten en naasten de aangeboden informatie begrijpen.
- Zoek naar milde bewoordingen (zonder daarmee geweld te doen aan de duidelijkheid van de boodschap); bedenk dat de patiënt niet alle informatie zal onthouden, maar wel de manier waarop deze hem is verteld.
- Vermijd vakjargon en dubbelzinnige of onduidelijke termen (bijv. 'positieve klieren'), patiënten kunnen dit verkeerd begrijpen.
- Ga niet te snel over op de behandelopties: het slechte nieuws moet eerst begrepen worden. Anders is het soms te veel 'de pil vergulden'.
- Draag op korte termijn te bereiken, realistische doelen aan die hoopvol zijn, bijvoorbeeld adequate pijnbestrijding, belang van kwaliteit van leven of een prettige arts-patiënt relatie (Whitney, 2008).
- Let op non-verbale reacties van de patiënt en naasten; deze kunnen aangeven dat het voor nu even genoeg is, dat er niet meer geluisterd kan worden. Vraag na of deze observatie klopt. Geef eventueel het gesprek een andere wending door vragen te stellen, door emoties de ruimte te geven en door te verhelderen (stap 7).
- Accepteer de mogelijke angst voor verdere informatie.
- Toon begrip voor de motieven van de patiënt, indien hij niet wil aanvaarden dat hij ernstig ziek is.



6. Bespreken van gedachten en gevoelens



- Geef patiënten en naasten de ruimte om gedachten en gevoelens te uiten nadat het slechte nieuws verteld is. Patiënten kunnen overspoeld raken door snel wisselende emoties, zoals angst, verdriet, hulpeloosheid, woede etc. Vraag bijvoorbeeld: "Kunt u beschrijven wat de informatie bij u oproept?" Al pratend hoort de patiënt zijn eigen woorden. Zo krijgt de patiënt de kans informatie te verwerken en zijn gevoelens te begrijpen. Hierdoor kan hij meer grip krijgen op zijn situatie.
- Schep ruimte door:
 - een actieve luisterhouding aan te nemen en oogcontact te onderhouden
 - patiënten uit te nodigen om vragen te stellen en over gevoelens en gedachten te praten
 - te vragen naar de zorgen en verwachtingen van de patiënt (ga er niet vanuit deze te kennen)
 - de patiënt de ruimte te geven voor emoties bijvoorbeeld als hij zijn eventuele woede wil uiten (bijvoorbeeld over zaken die tijdens het proces zijn misgelopen)
 - empathisch te reageren
 - te laten merken dat het uiten van emoties is 'toegestaan'
 - informatie te verhelderen en niet te snel over te gaan naar de consequenties van het nieuws
 - stiltes te laten vallen.
- Laat betrokkenheid zien, maar behoud daarbij ook (professionele) distantie (Friedrichsen, 2006). Maak een inschatting of bijvoorbeeld een hand op de schouder ondersteunend is voor de patiënt.
- Probeer een indruk te krijgen van de manier waarop patiënten met hun situatie omgaan. De reactie tijdens het eerste gesprek hoeft niet voorspellend te zijn voor de reacties bij vervolgesprekken. In de loop van het ziekteproces vinden patiënten hun eigen manier om met ziekte en slecht nieuws om te gaan (Thulesius, 2003).



7. Samenvatten, plannen van een vervolgesprek en afronden



- Geef aan het eind van het gesprek kort en helder weer wat besproken is (VandeKieft, 2001). De combinatie van

samenvatting en de te verwachten stappen structureert voor de patiënt zijn huidige situatie en dat wat komen gaat.

- Vraag of er nog belangrijke punten zijn blijven liggen.
- Verstrek (indien gewenst) relevante schriftelijke informatie.
- Vertel wie de regie heeft over de behandeling
- Betrek patiënten en naasten in de besluitvorming en geef hen tijd om beslissingen te nemen.
- Geef aan met wie de patiënt contact op kan nemen bij vragen en geef informatie over de wijze waarop en de tijd van bereikbaarheid van deze (bij voorkeur vaste) personen.
- Benadruk de continuïteit van zorg (van Vliet, 2011), patiënten zijn soms bang om alleen gelaten te worden.
- Nodig patiënten en naasten uit voor een vervolgesprek.
- Bespreek de mogelijkheid om gezinsleden of andere, voor een patiënt belangrijke personen, uit te nodigen voor een (vervolg)gesprek.
- Stimuleer patiënten om hun vragen op te schrijven voor het volgende gesprek.
- Maak patiënten en naasten attent op de mogelijkheden van nazorg direct na het gesprek.
- Evalueer na afloop gezamenlijk het gesprek en de aandachtspunten die daarbij naar voren zijn gekomen.

Nazorg

Na het gesprek kan een zorgverlener die ook bij het slecht-nieuwsgesprek aanwezig is geweest, zorgen voor de eerste opvang. Hij kan het besprokene nogmaals verduidelijken en vragen beantwoorden (Whitney, 2008). In het vervolgesprek ligt de behoefte vaak bij herhaling van de uitleg omdat veelal niet alle informatie in één keer is opgenomen en omdat mogelijk niet alle feiten zijn doorgedrongen of aan de orde geweest. Afhankelijk van de situatie (inhoud van de informatie, wens van de patiënt) kan het vervolgesprek zowel door een arts als een verpleegkundige gevoerd worden. Eventueel wordt een tweede gesprek gezamenlijk gevoerd.



8. Opvangen patiënt en naasten



- Verleen eerste opvang na het gesprek. Verpleegkundigen zijn bij uitstek geschikt om dit te verzorgen. Het is vaak de verpleegkundige die dicht bij de patiënt werkt, zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie. Een van de verpleegkundige taken is de patiënt te begeleiden en te ondersteunen bij het omgaan met het slechte nieuws (Davis, 2003) (Kruijver, 2000).



9. Rapporteren en informeren



- Rapporteer in het medisch en verpleegkundig dossier wat verteld is: diagnose, prognose, behandelingsvoorstel (curatief, palliatief), de reactie van de patiënt en naasten en of een vervolgesprek zal plaatsvinden (arts en verpleegkundige).
- Stel direct na het slecht-nieuwsgesprek de huisarts (of behandeld arts van de instelling waar de patiënt woont) op de hoogte van de inhoud en het verloop van het gesprek, en de reactie van patiënt en naasten (arts).



10. Voeren van een vervolgesprek



- Ga na of patiënten en naasten de informatie hebben begrepen en of deze voldoende was.
- Verhelder onduidelijkheden, beantwoord vragen en corrigeer eventuele misvattingen.
- Herhaal de kernboodschappen uit het vorige gesprek. Zorgverleners en patiënten hebben verschillende ideeën over de kern van de boodschap: voor de patiënt is het wezenlijke gelegen in de beleving en de kansen op een toekomst, terwijl voor de zorgverlener het accent van het gesprek ligt bij 'dat wat de patiënt had moeten onthouden' en te maken heeft met de inhoudelijke kanten van de behandeling zelf.

- Vraag patiënten, indien van toepassing, naar hun besluit of wensen.
- Vat mogelijkheden voor verdere behandeling en begeleiding samen. Patiënten zijn graag op de hoogte van de behandelingen en de mogelijke bijwerkingen, graag ontvangen zij dan ook technische informatie over behandelingen (Rassin, 2006). Hierdoor zijn ze beter in staat (samen met de arts) een weloverwogen beslissing te nemen voor een behandeling.
- Maak de nodige afspraken over verdere behandeling en begeleiding afhankelijk van de keuze van patiënten.
- Blijft iemand ontkennen en bemoeilijkt dit de besluitvorming over behandeling en de communicatie met naasten, dan is het de taak van een arts om dit bespreekbaar te maken. Vraag bijvoorbeeld: "Hoe vindt u dat het nu gaat?", "Heeft u wel eens nagedacht over de ziekte?" of "Hoe ziet u de invloed van de ziekte op uw leven/toekomst?".
- Maak patiënten attent op het verpleegkundig spreekuur (indien aanwezig), en/of bereikbaarheid van verpleegkundigen/artsen via telefoon of email.
- Bespreek behoeften en mogelijkheden voor psychosociale begeleiding voor zowel de patiënt als naasten (intern/extern). Emoties en gevoelens kunnen nu een grotere rol gaan spelen. Patiënten realiseren zich namelijk steeds meer wat er precies gaande is.
- Informeer patiënten over relevante patiëntenverenigingen en hun websites.

Valkuilen

Vastgesteld: 10-11-2012

Regiehouder: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

Tijdens het voeren van een slecht-nieuwsgesprek zijn er verschillende valkuilen die zich kunnen aandienen, zoals:

- Patiënten zelf het slechte nieuws laten verwoorden ('hangyourself' methodiek).
- Het slechte nieuws voor u uitschuiven, door eerst té uitgebreid andere onderwerpen te bespreken. Bijvoorbeeld het slecht-nieuwsgesprek beginnen met praten over koetjes en kalfjes of uitvoerig informeren naar het wel en wee van de patiënt.
- Een gesprek aangaan met naasten, zonder de patiënt of buiten de patiënt om, terwijl dit niet de wens van de patiënt is. Het is met name bij mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond gebruikelijk dat, meestal een zoon of dochter, belast wordt met de communicatie met zorgverleners en het aanspreekpunt is bij allerlei beslissingen (Mistiaen, 2011).
- Een 'ongepland' slecht-nieuwsgesprek aangaan met de patiënt, zonder aanwezigheid van naasten.
- Bagatelliseren van het slechte nieuws of het benadrukken van de positieve kanten.
- Als zorgverlener al vóór het gesprek uitspraken doen over het slechte nieuws, omdat de patiënt hiernaar vraagt.
- Verontschuldigen: 'Ik kan er ook niets aan doen!'
- De zin gebruiken: 'We kunnen niets meer voor u doen!'. Er zijn altijd interventies mogelijk ter bevordering of behoud van de kwaliteit van leven.
- Vertellen hoe moeilijk u het zelf heeft met het slechte nieuws.
- Oorzaken noemen die het slechte nieuws rechtvaardigen, zoals roken.
- Onvoorzichtig/onzorgvuldig omgaan met het benoemen van overlevingspercentages en overlevingsduur.
- Het geven van té uitgebreide of niet congruente informatie over behandelingsmogelijkheden.
- De 'hit-and-run' methodiek: snel de diagnose vertellen en direct doorverwijzen naar een collega-arts.
- Vroegtijdige geruststelling, meegaan in de ontkenning van de patiënt, door snel naar oplossingen of praktische consequenties over te gaan, terwijl de impact van nieuws onbesproken blijft.
- Aannames doen over de zorgen en verwachtingen van de patiënt, zonder hiernaar te vragen.
- In de verdediging schieten wanneer een patiënt zijn boosheid uit over zaken die tijdens het proces zijn misgelopen: bied altijd excuses aan wanneer de zorgverlener zelf of de afdeling hieraan mede schuldig zijn.
- Teveel of juist te weinig tonen van de eigen emoties. Meehuilen wordt meestal niet geapprecieerd, laten zien dat u geraakt bent wel.
- Naar een computerscherm kijken in plaats van naar de patiënt/naasten.

Taken en verantwoordelijkheden

Vastgesteld: 10-11-2012

Regiehouder: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

Artsen en verpleegkundigen hebben ieder eigen taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van slecht-nieuwsgesprekken. Artsen zijn de boodschappers, zij vertellen het slechte nieuws over diagnose, behandelplan en/of prognose. Verder ondersteunen zij patiënten bij de verwerking van het slechte nieuws.

Verpleegkundigen hebben een taak als procesbewaker en intermediair. Zij zijn vooral betrokken bij de begeleiding en ondersteuning van patiënten voor, tijdens en na het gesprek (Davis, 2003) (Wagener, 2003). De arts en de verpleegkundige bereiden het slecht-nieuwsgesprek samen voor en bespreken dit ook na, in termen van wat goed, lastig of niet goed ging. Daarbij kan worden ingegaan op eigen rol, de ontwikkelpunten en de eigen gevoelens en emoties die het gesprek hebben opgeroepen. Deze nabesprekingen kunnen ertoe bijdragen dat de stress van het voeren van deze gesprekken gereduceerd wordt en dat er een (nog) betere afstemming tot stand komt.

Taken van de arts

- Informeren en inlichten van patiënten en naasten over diagnose, behandeling en/of prognose.
- Duidelijkheid scheppen zodat patiënten en naasten weten waar zij aan toe zijn.
- Ondersteunen van patiënten en naasten bij de verwerking van het slechte nieuws.
- Attenderen op aanvullende ondersteuning zowel binnen als buiten de eigen organisatie, zoals huisarts, thuiszorg, diëtist, maatschappelijk werk, psycholoog of geestelijk verzorger. Denk hierbij ook aan diverse patiëntenverenigingen, inloophuizen en (betrouwbare) internetsites.
- Informeren van de huisarts (of behandeld arts van de instelling waar de patiënt woont) over de inhoud van het gesprek en de reactie hierop van de patiënt en/of naasten.
- Goede verslaglegging

Taken van de verpleegkundige

- Ondersteunen van patiënten en naasten bij de verwerking van het slechte nieuws.
- Voorbereiden van het vervolgesprek met patiënten en naasten (wanneer dit mogelijk is) om vragen aan de arts te inventariseren en een inschatting te maken welke emoties en reacties het slechte nieuws bij hen zal oproepen.
- Ondersteunen bij vragen, bijvoorbeeld bij het verwoorden van de vraag of als patiënten en naasten deze tijdens het gesprek niet zelf durven te stellen (Davis, 2003).
- Zorg dragen voor het uitvoeren van de gemaakte afspraken.
- Verlenen van nazorg: patiënten en naasten opvangen en inventariseren van behoeften, ingaan op vragen die later bij hen opkomen of verduidelijken van zaken die zij niet hebben (Davis, 2003).
- Signaleren en attenderen op aanvullende ondersteuning zowel binnen als buiten de eigen organisatie, zoals huisarts, thuiszorg, diëtist, maatschappelijk werk, psycholoog of geestelijk verzorger. Denk hierbij ook aan diverse patiëntenverenigingen, inloophuizen en (betrouwbare) internetsites.
- Indien relevant, informeren van de thuiszorg over de inhoud van het gesprek en de reactie hierop van de patiënt en/of naasten.
- Goede verslaglegging

Referenties

Vastgesteld: 01-01-1900

Regiehouder: Werkgroep handreiking slecht-nieuwsgesprek

Back AL (2003)

Back AL, Arnold RM, Quill TE. Hope for the best, and prepare for the worst. *Ann Intern Med* 2003; 138: 439-443.

Baile WF (2000)

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-311.

Baile WF (2002)

Baile WF, Lenzi R, Parker PA, et al. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2189-2196.

Block KI (2003)

Block KI, Bugno TJ, Collichio FA, et al. Breaking bad news. *Integr Cancer Ther* 2003; 2: 39-62.

Brown R (2009)

Brown R, Dunn S, Byrnes K, et al. Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med* 2009; 84: 1595-1602.

Davis S (2003)

Davis S, Kristjanson LJ, Blight J. Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer: problems and strategies identified by nurses. *Cancer Nurs* 2003; 26: 337-345.

de Graaff FM (2012)

de Graaff FM, Francke AL, van den Muijsenbergh ME, et al. Understanding and improving communication and decision-making in palliative care for Turkish and Moroccan immigrants: a multiperspective study. *Ethn Health* 2012. Aug;17(4):363-84.

Del Vento A (2009)

Del Vento A, Bavelas J, Healing S, et al. An experimental investigation of the dilemma of delivering bad news. *Patient Educ Couns* 2009; 77: 443-449.

Friedrichsen M (2006)

Friedrichsen M, Milberg A. Concerns about losing control when breaking bad news to terminally ill patients with cancer: physicians' perspective. *J Palliat Med* 2006; 9: 673-682.

Friedrichsen MJ (2002)

Friedrichsen MJ, Strang PM, Carlsson ME. Cancer patients' interpretations of verbal expressions when given information about ending cancer treatment. *Palliative Medicine* 2002; 16: 323-330.

Friedrichsen MJ (2003)

Friedrichsen MJ, Strang PM. Doctors' strategies when breaking bad news to terminally ill patients. *J Palliat Med* 2003; 6: 565-574.

Friis LS (2003)

Friis LS, Elverdam B, Schmidt KG. The patient's perspective: a qualitative study of acute myeloid leukaemia patients' need for information and their information-seeking behaviour. *Support Care Cancer* 2003; 11: 162-170.

Gabrijel S (2008)

Gabrijel S, Grize L, Helfenstein E, et al. Receiving the diagnosis of lung cancer: patient recall of information and satisfaction with physician communication. *J Clin Oncol* 2008; 26: 297-302.

Gilbar R (2009)

Gilbar R, Gilbar O. The medical decision-making process and the family: the case of breast cancer patients and their husbands. *Bioethics* 2009; 23: 183-192.

Hagerty RG (2005)

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.

Jenkins V (2001)

Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer* 2001; 84: 48-51.

Kruijver IP (2000)

Kruijver IP, Kerkstra A, Bensing JM, et al. Nurse-patient communication in cancer care. A review of the literature. *Cancer Nurs* 2000; 23: 20-31.

Lenssen P (2000)

Lenssen P. Breaking bad news, the nursing role. In. Cardiff, Wales; 2000.

Mistiaen P (2011)

Mistiaen P, Francke AL, de Graaff FM, et al. Handreiking Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond. Utrecht: NIVEL; 2011.

Ptacek JT (2001)

Ptacek JT, Ptacek JJ. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 4160-4164.

Rassin M (2006)

Rassin M, Levy O, Schwartz T, et al. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nurs* 2006; 29: 302-308.

Salander P (2002)

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: 721-732.

Scott JT (2003)

Scott JT, Harmsen M, Pictor MJ, et al. Recordings or summaries of consultations for people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003: CD001539.

Thulesius H (2003)

Thulesius H, Hakansson A, Petersson K. Balancing a basic process in end-of-life cancer care. *Qual Health Res* 2003; 13: 1353-1377.

Tobin GA (2008)

Tobin GA, Begley C. Receiving bad news: a phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis. *Cancer Nurs* 2008; 31: E31-39.

Tuffrey-Wijne I (2010)

Tuffrey-Wijne I, Bernal J, Hollins S. Disclosure and understanding of cancer diagnosis and prognosis for people with intellectual disabilities: findings from an ethnographic study. *Eur J Oncol Nurs* 2010; 14: 224-230.

Tuffrey-Wijne I (2012)

Tuffrey-Wijne I. A new model for breaking bad news to people with intellectual disabilities. *Palliat Med* 2012. Jan 16.

Uitdehaag MJ (2012)

Uitdehaag MJ, van der Velden LA, de Boer MF, et al. Recordings of consultations are beneficial in the transition from curative to palliative cancer care: A pilot-study in patients with oesophageal or head and neck cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2012; 16: 109-114.

van Vliet L (2011)

van Vliet L, Francke A, Tomson S, et al. When cure is no option: How explicit and hopeful can information be given? A qualitative study in breast cancer. *Patient Educ Couns* 2011; May 7.

VandeKieft GK (2001)

VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1975-1978.

Wagener DJ (2003)

Wagener DJ. Slecht nieuwsgesprek: een handreiking bij de gespreksvoering; 2003.

Walsh D (2003)

Walsh D, Nelson KA. Communication of a cancer diagnosis: patients' perceptions of when they were first told they had cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2003; 20: 52-56.

Whitney SN (2008)

Whitney SN, McCullough LB, Fruge E, et al. Beyond breaking bad news: the roles of hope and hopefulness. *Cancer* 2008; 113: 442-445.