

Justyna Kleja, Iwona Filipczak-Bryniarska, Jerzy Wordliczek

Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Komunikacja w opiece paliatywnej

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2009; 8, 3: 147–152

Streszczenie

Komunikacja opiera się na intencjonalnej wymianie znaków (symboli) podejmowanej w celu poprawienia współpracy lub dzielenia się znaczeniami pomiędzy partnerami. Odbywa się ona na wielu poziomach — od intrapersonalnego, poprzez interpersonalny (angażujący grupę osób), aż do publicznego.

W kontekście opieki paliatywnej specjalnego znaczenia nabierają podstawowe zachowania społeczne, takie jak zdolność do prowadzenia rozmowy. Komunikatywność to umiejętność, którą nabywa się nie tylko poprzez doświadczenie, ale także poprzez profesjonalny trening. W interesie zespołu interdyscyplinarnego leży podnoszenie kwalifikacji poszczególnych osób właśnie w zakresie komunikacji. Tylko poprzez pełną współpracę z pacjentem i jego rodziną, przy uwzględnieniu emocji i potrzeb, można uzgodnić wspólne cele związane z opieką nad chorym. Członkowie zespołów interdyscyplinarnych powinni zagwarantować właściwą komunikację w celu zapewnienia optymalnego wsparcia dla pacjenta i jego rodziny.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 2: 81–85

Słowa kluczowe: komunikacja, zespół interdyscyplinarny, mówienie prawdy

Wstęp

Komunikacja opiera się na intencjonalnej wymianie znaków (symboli) podejmowanej w celu poprawienia współpracy lub dzielenia się znaczeniami pomiędzy partnerami. Odbywa się ona na wielu poziomach — od intrapersonalnego, poprzez interpersonalny (angażujący grupę osób), aż do publicznego. Najważniejszą funkcją komunikacji jest koordynacja działań wszystkich uczestników tego procesu. Aby mieć pewność, że wzajemne interakcje przebiegają bez przeszkód, nie wystarczy posługiwać się tym samym językiem. Niezbędne jest także uwzględnienie doświadczenia, wartości i emocji każdej ze stron [1].

Dobre opanowanie umiejętności komunikacji stanowi podstawę dobrej współpracy między zespołem interdyscyplinarnym a pacjentem chorym ter-

minalnie i jego rodziną. Bez wzajemnego szacunku niemożliwe jest osiągnięcie zrozumienia oraz satysfakcjonującej współpracy. Bez zaoferowania pacjentowi i jego rodzinie holistycznej opieki nie można zapewnić im wsparcia nawet na najbardziej podstawowym poziomie. Lekarz może nawiązać autentyczny kontakt z pacjentem i odpowiadać, w miarę możliwości, na jego wszystkie potrzeby, także te emocjonalne i duchowe, jedynie poprzez nieustanne podnoszenie swoich umiejętności w zakresie komunikacji. Członkowie zespołów interdyscyplinarnych powinni rozumieć zasady rządzące dynamiką grupy. Każda osoba wnosi do niej swoje własne wartości, przekonania i doświadczenia. Zdolność do współpracy w ramach zespołu opiera się także na zasadach komunikacji, a tym samym wymaga treningu. Opieka paliatywna, w szerszym kontekście, stanowi część medycyny, która rozwinęła się w od-

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek
Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
ul. Śniadeckich 10, 31–531 Kraków
tel.: (12) 424 88 84, faks: (12) 424 88 83
e-mail: mswordli@cyf-kr.edu.pl
Tłumaczenie: Joanna Mrówczyńska



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 2, 81–85
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

powiedzi na potrzebę zapewnienia pacjentom chorym terminalnie szczególnej troski i opieki. Dlatego też należy zagwarantować, że idea ruchu hospicyjnego jest ciągle żywa i obecna w świadomości społecznej. W tym celu konieczne jest informowanie opinii publicznej o wartościach opieki paliatywnej, o potrzebie tworzenia nowych ośrodków i rozwoju tej dziedziny medycyny.

Komunikacja między lekarzem a pacjentem

Badania wykazują, że komunikatywność jest umiejętnością, którą można i powinno się ćwiczyć. Samo doświadczenie nie wystarczy. Okazuje się, że profesjonalne ćwiczenia tej umiejętności pozwalają na wypracowanie takiego podejścia w trakcie indywidualnej rozmowy z pacjentem, które umożliwia lepszą ocenę tego, w jaki sposób czynniki emocjonalne, społeczne i duchowe wpływają na jego dobre samopoczucie. Dzięki specjalnemu treningowi zespół uczy się, jak lepiej odpowiadać na werbalne i pozawerbalne sygnały dotyczące emocji, zadawać stosowne pytania oraz w większym stopniu wyrażać empatię [2].

W sytuacji, gdy pojawiają się nowe informacje o pogarszającym się stanie zdrowia pacjenta, konieczne są szczególne umiejętności komunikacji. Zdolność do przekazywania niepomyślnych informacji jest sztuką, a jednocześnie sprawą kontrowersyjną. Wielu lekarzy boi się sytuacji, w której będą zobowiązani do przekazania swoim pacjentom niepomyślnych wiadomości. Obawiają się, że odbierając im wiarę w powrót do zdrowia, w konsekwencji pogorszą ich stan fizyczny i psychiczny [3]. Wyniki badań pokazują jednak paradoksalnie, że to właśnie szczera rozmowa, uwzględniająca wrażliwość chorego, pomaga mu zachować nadzieję mimo niepomyślnych rokowań. Takiej rozmowie niekoniecznie muszą towarzyszyć gwałtowne wybuchy emocji; wiele zależy od tego, w jaki sposób lekarz dopasuje się do reakcji pacjenta i jak sam będzie na nie na bieżąco reagował. Chory świadomy swojego stanu jest bardziej zadowolony z zapewnionej mu opieki paliatywnej. Dobra komunikacja powinna być podstawą współpracy między lekarzem a pacjentem, ponieważ przynosi obopólną korzyść. Lekarz zyskuje poczucie satysfakcji ze wzajemnego zaufania, a pacjent poczucie bezpieczeństwa. Dobre relacje między pacjentem a lekarzem stwarzają przestrzeń dla wyrażania emocji przez obie strony. Kontakt z pacjentem powinien być regularny, nie powinno to być wydarzenie jednorazowe. W czasie tych spotkań powinien być czas na wyrażanie uczuć. Okazy-

wanie pacjentowi empatii pozwala mu wyrzucić z siebie irytację i gniew. Nabiera to szczególnego znaczenia u pacjentów paliatywnych ze względu na ich skłonność do tłumienia silnych emocji.

Okazuje się, że jeżeli podczas zbierania wywiadu uwzględnia się nie tylko stan zdrowia pacjenta, ale także uwarunkowania psychospołeczne, paradoksalnie wywiad ten jest krótszy o około 15–20%. Lekarz, który potrafi prowadzić właściwą rozmowę z pacjentem i radzić sobie z trudnymi emocjami towarzyszącymi poważnym chorobom, szybciej zdobędzie jego zaufanie. Chory, który jest pewien, że lekarz bierze pod uwagę wszystkie jego problemy i potrzeby związane z jego stanem zdrowia, chętniej ujawni prawdziwe przyczyny tych trudności. Takie nastawienie sprzyja lepszej współpracy i daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, które jest nie do przecenienia w tym trudnym dla niego czasie. W ten sposób wywiad staje się krótszy i pozwala lepiej zaplanować współpracę z pacjentem prowadzącą do osiągnięcia wspólnych celów. Naturalnie umiejętności prowadzenia rozmowy wynikają nie tylko z posiadanych przez daną osobę predyspozycji, takich jak empatia czy wrodzona wrażliwość, ale przede wszystkim z doświadczenia.

Przekazywanie nowych niepomyślnych informacji odnośnie do stanu zdrowia wymaga nie tylko intuicji, ale także zastosowania odpowiedniej strategii w trakcie rozmowy z pacjentem. Po otrzymaniu tych przykrych wiadomości chory oraz jego rodzina mogą wyznaczyć sobie realistyczne cele i ustalić nowe priorytety w obliczu nieuchronnej śmierci. Ważne jest, aby przed taką rozmową dowiedzieć się, co tak naprawdę pacjent chce wiedzieć o swoim stanie zdrowia. Takie informacje powinno się zebrać w trakcie wcześniejszych konsultacji. Jeżeli nie zachęci się go do podzielenia się swoimi wątpliwościami, nie zostaną one ujawnione. Należy o tym pamiętać także przy sposobie przekazywania niepomyślnych wiadomości rodzinie.

Z jednej strony zaleca się przestrzeganie określonego schematu rozmowy, z drugiej zaś — nie należy się go trzymać zbyt sztywno, ale zachować pewien stopień elastyczności, dostosowując się do zmieniającej się sytuacji. Rozmowę należy rozpocząć od informacji na temat stanu zdrowia pacjenta. Następnie lekarz powinien dowiedzieć się, do jakiego stopnia rodzina jest świadoma stanu zaawansowania choroby i spróbować przekazać najbardziej wiarygodne informacje. W trakcie tej rozmowy dobrze jest poruszyć kwestię objawów, którym chory będzie musiał stawić czoła i środków zaradczych, jakie może zaproponować lekarz. Powinno się zapytać pacjenta o jego preferencje odnośnie

do opieki i życzenia dotyczące tego, co powinno się dzieć po jego odejściu. Po przekazaniu tych trudnych informacji lekarz powinien spróbować okazać współczucie i empatię, a następnie poczekać na reakcję ze strony pacjenta, spróbować odczytać jego emocje i dowiedzieć się, w jakim stopniu zrozumiał on wiadomość [2].

Jednym z aspektów przekazywania złych wiadomości dotyczących stanu zdrowia jest radzenie sobie z silnymi negatywnymi uczuciami. Metoda NURSE służy pokonywaniu trudności w radzeniu sobie z silnymi emocjami. NURSE jest akronimem pochodzącym od angielskich słów (*name, understand, respect, support, explore*). Lekarz powinien pokazać pacjentowi, że jest świadomy jego emocji, próbować je nazwać, ale nie narzucać tego pacjentowi. Powinien uświadomić mu, że rozumie jego uczucia i okazać szacunek w obliczu tej trudnej sytuacji. Okazywanie wsparcia pomaga pacjentowi umocnić poczucie bezpieczeństwa. Co więcej, potrzeba, aby lekarz rozpoznawał przyczyny wszystkich problemów psychicznych, których doświadcza pacjent, takich jak depresja. Nie da się przecenić umiejętności rozmowy z pacjentem. Jest to konieczne, jeżeli chcemy, aby pacjent był w stanie podtrzymywać realistyczną nadzieję, że jego życie może być szczęśliwe mimo choroby.

W obliczu poważnych problemów ze zdrowiem pacjenci często są pełni bardzo sprzecznych i stłumionych emocji. Współpraca z chorym w tej stresującej sytuacji może prowadzić do wzrostu napięcia. Najlepiej jest rozwiązywać konflikty w otwarty sposób. Emocje powinny znaleźć swoje ujście w sposób zrównoważony. Warto podsumować poszczególne etapy rozmowy i spróbować postawić się w sytuacji pacjenta, okazując w ten sposób zrozumienie dla jego uczuć. Choroba terminalna zagraża tożsamości pacjenta i obniża poczucie jego wartości. Dlatego konieczne są rozpoznanie potrzeb pacjenta i próba pomocy w odzyskaniu korzystnego obrazu samego siebie [4].

Choremu terminalnie powinno się zaoferować pomoc psychologiczną wtedy, kiedy potrzebuje wsparcia. Psycholog może zasugerować odpowiednie interwencje psychoterapeutyczne, które pozwolą mu lepiej radzić sobie z własnymi uczuciami. W ten sposób chory otrzymuje, oprócz farmakoterapii, także dodatkowe wsparcie, które poprawi jego poczucie umiejscowienia kontroli (ang. *locus of control*). Pacjent, który lepiej sobie radzi z własnymi lękami, poprawia swoją umiejętność komunikacji zarówno z rodziną, jak i personelem medycznym. W tym czasie najważniejsze cele terapeutyczne wiążą się z zapewnieniem wsparcia społecznego. W tym trudnym

czasie pacjenta nie powinno się izolować. Należy zorganizować dla niego sieć wsparcia. W ten sposób zmniejszą się jego niepokój i uczucie samotności. Interwencje terapeutyczne mają także na celu pomoc w odreagowaniu trudnych emocji oraz pokazanie pacjentowi, że choroba wywołuje uczucia, takie jak irytacja i gniew. Jest to w tym czasie całkowicie normalne i nie powinno wywoływać poczucia winy. Wsparcie psychologiczne powinno w tym czasie skupiać się na tym, aby pomóc choremu skonfrontować się ze zbliżającą się śmiercią i jej konsekwencjami we wszystkich wymiarach, włączając w to jego rodzinę. Psycholog stara się pomóc pacjentowi odnaleźć na nowo sens życia i zaakceptować nową tymczasową perspektywę skupioną bardziej na teraźniejszości. Chory terminalnie powinien się skupić na byciu tu i teraz, zamiast kierować swoje myśli ku przyszłości. W tym czasie należy pracować nad jego relacjami rodzinnymi, ponieważ postęp poważnej choroby przyczynia się do ich zakłócenia. Członkowie rodziny zmuszeni są do zaakceptowania nowych ról i nauczenia się nowych obowiązków. Potrzebna jest próba rozwiązania wszystkich konfliktów rodzinnych tak, aby nie wywoływały niepożądanego cierpienia u pacjenta [5].

Komunikacja między lekarzem a rodziną chorego

Nie można planować dobrej opieki nad chorym bez uwzględnienia jego rodziny. Holistyczna opieka paliatywna opiera się na wspieraniu rodziny, przekazywaniu niezbędnych informacji dotyczących stanu pacjenta i pomocy w zapewnieniu mu opieki pielęgnacyjnej. Zasadniczą kwestią jest przygotowanie rodziny na odejście krewnego i zapewnienie wsparcia po jego śmierci.

Przy planowaniu optymalnej opieki paliatywnej w terminalnej fazie choroby należy wziąć pod uwagę najważniejsze relacje pacjenta z bliskimi krewnymi. Pacjent, jego rodzina i zespół interdyscyplinarny powinni, na drodze obopólnego porozumienia, ustalić wspólne cele. Rodzina powinna otrzymywać na bieżąco informacje o zmieniającym się stanie zdrowia chorego i prognozach. W relacji między lekarzem a rodziną powinno być miejsce na wyrażanie uczuć i zapewnienie wsparcia. Aby zapewnić możliwość podjęcia przez rodzinę i pacjenta najlepszych decyzji, powinno się ich informować o wszystkich zaletach i wadach proponowanego leczenia. Przekazywanie złych wiadomości rodzinie wymaga od lekarza wcześniejszego przygotowania, aby był on w stanie odpowiedzieć na wszystkie pytania. Lekarz powinien się dowiedzieć, co rodzina już wie

o chorobie pacjenta, a następnie zwięźle poinformować o jego obecnym stanie. Przed ustaleniem wspólnych celów i sposobów ich osiągnięcia, rodzina potrzebuje pomocy w okazywaniu uczuć. Błędem jest odwlekanie takiej rozmowy do czasu, gdy już wiadomo, że choroba jest terminalna.

W medycynie ukierunkowanej na pacjenta największą wagę przykłada się do wartości pacjenta i jego relacji z najbliższymi krewnymi. W tym kontekście lekarz przestaje być osobą, która podejmuje najlepsze decyzje odnośnie do wyboru leczenia dla pacjenta [6]. Trzeba pamiętać, że członkowie rodziny nie mają pełnego wglądu w stan medyczny pacjenta. Silne emocje wpływają na sposób przetwarzania informacji, postrzeganie i podejmowanie decyzji. Nie tylko pacjent, ale także jego rodzina stosują mechanizmy obronne w celu zmniejszenia napięcia emocjonalnego. Aby lepiej zrozumieć chorego, zaproponowano model, w którym rozmowa toczy się na kilku poziomach. Kluczem do dobrej i udanej komunikacji jest zrozumienie tego, jak druga strona subiektywnie pojmuje problem. Interpretacja rozmowy nie polega na zrozumieniu faktów, ale na sposobie, w jaki są one postrzegane. Dla poprawy komunikacji z rodziną ważne jest poznanie wartości i doświadczeń, jakie są przez nią reprezentowane. Lekarz powinien być świadomy własnego wkładu w te relacje, swoich emocji i doświadczeń, które mogą mieć wpływ na wzajemne interakcje. Najpoważniejsze problemy w komunikacji powstają wtedy, gdy zaprzecza się wpływowi emocji na relacje między pacjentem, lekarzem i rodziną [4].

Zwrócenie uwagi na emocje odczuwane przez rodzinę pozwala na rozpoznanie wywołanych przez nie mechanizmów obronnych. Mechanizm wyparcia u rodziny może prowadzić do zmywy milczenia wokół pacjenta. Ignorowanie problemów natury psychologicznej, z którymi musi zmierzyć się rodzina, gdy jeden z jej członków umiera, prowadzi do izolacji pacjenta, pozbawia go wsparcia i zmusza go do radzenia sobie samemu z własnymi lękami [7].

Komunikacja w zespole interpersonalnym

Zespół pracujący w hospicjum i w innych jednostkach opieki paliatywnej jest narażony na szczególne emocjonalne obciążenia. Ciągła konfrontacja z cierpieniem i śmiercią oraz szczególna odpowiedzialność za podejmowane decyzje, często natury etycznej, mogą prowadzić do wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego. W zespołach opieki paliatywnej najcenniejsze są współpraca i dobra komunikacja. Potrzebna jest obopólna zgoda i ja-

sno określone cele. Niestety, charakter pracy w opiece paliatywnej często sprzyja powstawaniu okoliczności, które mogą prowadzić do napięć i nieporozumień. Należy przygotować model szybkiego rozwiązywania takich konfliktów w celu zminimalizowania ich kosztów emocjonalnych i negatywnego wpływu, który oddziałuje nie tylko na członków zespołu, ale także na chorego i jego rodzinę. Zaleca się, aby rodzące się początkowo w takich sytuacjach silne emocje nie wpływały na działania. Potrzebne jest omówienie problemu z drugą stroną, zaprezentowanie własnego punktu widzenia, a następnie spokojne wysłuchanie argumentów. Powinno się podkreślać, że najważniejsze jest osiągnięcie wspólnego celu dla dobra pacjenta. Postawa otwartości na czyjeś poglądy i gotowość do kompromisu, w przeciwieństwie do niepotrzebnej krytyki i agresywnego nastawienia, mogą pomóc w szybkim znalezieniu wspólnego rozwiązania problemu [2].

Członkowie zespołu interdyscyplinarnego potrzebują wzajemnego wsparcia i zaufania ze względu na szczególne znaczenie decyzji dotyczących opieki nad pacjentem. Podział odpowiedzialności może zwiększyć satysfakcję z osiągniętych rezultatów i zmniejszyć poczucie bezradności. Sztuka podejmowania właściwych decyzji jest umiejętnością, którą należy rozwijać. Medycyna paliatywna codziennie stawia lekarzy w obliczu specyficznych dylematów etycznych.

Mimo zrozumienia, że najważniejszym celem jest łagodzenie cierpienia, dość często wybór właściwej formy terapii napotyka na cztery zasadnicze trudności. Należy do nich po pierwsze kliniczna inercja (*clinical inertia*), polegająca na zwyczajowym stosowaniu przestarzałych procedur medycznych, mimo że badania kliniczne wskazują na ich nieskuteczność. Ze strony personelu medycznego wymaga się w takiej sytuacji nie tylko elastyczności i otwartości na nowości, ale także gotowości do wyjaśnienia pacjentowi i rodzinie, dlaczego wybrano specjalny rodzaj pomocy zamiast tradycyjnego. Drugą przeszkodą jest sceptycyzm, którego źródło tkwi w poczuciu bezradności. Dość często ujawnia się on w postaci konfliktów wewnątrz zespołu. Poczuciu frustracji trzeba zapobiegać poprzez nieustanne podnoszenie swoich kwalifikacji, lepszą samoświadomość i rozpoznanie źródła wewnętrznej bezradności. Trzecia trudność to bierne nastawienie, brak inicjatywy i unikanie trudności prowadzące do utraty najważniejszego celu, jakim jest dobro chorego. Potrzebne jest aktywne zaangażowanie całego zespołu w poszczególne zadania i wspólne podejmowanie decyzji. Ostatnią pułapką jest brak samokrytyki. Gdy członkowie zespołu opieki paliatywnej wykazują lekkomyślność, brak współczucia i nad-

mierną pewność siebie przy podejmowaniu decyzji, napięcie i ilość konfliktów wzrastają [8].

Wydaje się, że nadrzędną zasadą, jaką powinien kierować się zespół interdyscyplinarny, jest autonomia pacjenta i poszanowanie jego godności.

Na współpracę w zespole wpływają nie tylko świadome działania, ale także mechanizmy obronne, które mogą wyzwolić się w sytuacji stresowej u każdego z członków zespołu. Obejmują one przede wszystkim wyparcie. Zagrożeniem, które wynika z takiej postawy, jest odkładanie decyzji o przejściu od leczenia przyczynowego do leczenia objawowego. Lekarz, który nie dostrzega u chorego zaostrzenia objawów, nie tylko nie będzie w stanie pomóc mu z medycznego punktu widzenia, ale nie zapewni mu również koniecznego wsparcia emocjonalnego. Problemy psychiczne powstające w trakcie pracy z osobami chorymi terminalnie mogą uniemożliwić pacjentowi otrzymanie właściwej pomocy, podczas gdy nasilenie występujących u niego objawów może mieć naturę jatrogenną [7].

Celem zespołu interdyscyplinarnego jest koordynacja opieki nad chorym oraz odpowiadanie na potrzeby społeczne, emocjonalne i duchowe zarówno chorego terminalnie, jak i jego rodziny. Komunikacja odbywa się na kilku różnych poziomach. Należy pamiętać, że wszyscy podlegamy rządzącym w niej regułom i musimy ich przestrzegać. Zasadniczą myślą filozofii leżącej u podstaw medycyny paliatywnej jest szacunek dla autonomii pacjenta i jego cierpienia.

Komunikacja społeczna

Procesy komunikacyjne przenikają wszystkie interakcje społeczne. Występują także między organizacjami. Instytucje różnego typu zajmujące się opieką paliatywną powinny propagować ideę ruchu hospicyjnego. Żyjemy w kulturze, która neguje proces starzenia i umieranie. Jest zdominowana przez kult młodości, a strach przed śmiercią jest wypierany ze świadomości społecznej. Dlatego poparcie i ochrona praw chorych terminalnie jest szczególnie ważna. Nie do przecenienia jest rola, jaką odgrywają organizacje *non-profit* oraz stowarzyszenia oparte na wolontariacie. Ich wkład w podnoszenie świadomości publicznej przynosi zmiany w mentalności i kulturze negującej śmierć, a ponadto zwięk-

sza świadomość konieczności zapewnienia kompetentnej i pełnej współczucia opieki pacjentom nieuleczalnie chorym [9].

Wniosek

Proces komunikacji angażuje nie tylko pojedyncze osoby, ale także grupy ludzi. W kontekście opieki paliatywnej specjalnego znaczenia nabierają podstawowe zachowania społeczne, takie jak zdolność do prowadzenia rozmowy. Komunikatywność to umiejętność, którą nabywa się nie tylko przez doświadczenie, ale także poprzez profesjonalny trening. W interesie zespołu interdyscyplinarnego jest podnoszenie kwalifikacji poszczególnych osób w tym zakresie. Tylko poprzez pełną współpracę z pacjentem i jego rodziną, przy uwzględnieniu emocji i potrzeb, można uzgodnić wspólne cele związane z opieką nad chorym. Członkowie zespołów interdyscyplinarnych powinni zagwarantować właściwą komunikację w celu zapewnienia optymalnego wsparcia dla pacjenta i jego rodziny. Na najwyższym poziomie komunikacji między organizacjami powinno się szukać sposobów propagowania w społeczeństwie idei ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej.

Piśmiennictwo

1. Nęcki Z. Komunikacja interpersonalna. W: Szewczuk W. Encyklopedia psychologii. Fundacja INNOWACJA, Warszawa 1998; 149–154.
2. Heaven C., Green C. Good Communication: Patients, families and professionals. W: Walsh D. Palliative Medicine. Expert Consult. Elsevier Health Sciences 2009; 613–619.
3. Clayton J.B. Telling the truth: bad news. W: Walsh D. Palliative Medicine. Expert Consult. Elsevier Health Sciences 2009; 620–625.
4. Elbert-Avila K.T. Problems in communication. W: Walsh D. Palliative Medicine. Expert Consult. Elsevier Health Sciences 2009; 625–629.
5. Spiegel D. Counseling. W: Walsh D. Palliative Medicine. Expert Consult. Elsevier Health Sciences 2009; 630–634.
6. Marchand L.R. The plan of care. W: Walsh D. Palliative Medicine. Expert Consult. Elsevier Health Sciences 2009; 662–665.
7. Arranz P., Barreto P. Denial and decision — making capacity. W: Walsh D. Palliative Medicine. Expert Consult. Elsevier Health Sciences 2009; 647–650.
8. Altisent R., Torrubia M. Making good decisions. W: Walsh D. Palliative Medicine. Expert Consult. Elsevier Health Sciences 2009; 643–647.
9. Floriani F.C. Public advocacy and community outreach. W: Walsh D. Palliative Medicine. Expert Consult. Elsevier Health Sciences 2009; 635–637.