

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.tijdschriftverpleegkunde.nl/archief.php?artikel=218&nl=1
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Communicatiebehoeften van patiënten met kanker bij aanvang van een behandeling met chemotherapie: Een onderzoek naar de rol van curatief of palliatief behandelingsdoel, leeftijd en geslacht

CLASKE VAN KOERTEN, MARLIES FEYTENS, JESSE JANSEN, SANDRA VAN DULMEN EN JULIA VAN WEERT

Over de auteurs

Drs. Claske van Koerten, communicatiewetenschapper, drs. Marlies Feytens, communicatiewetenschapper en dr. Julia C.M. van Weert, universitair hoofddocent gezondheidscommunicatie, zijn verbonden aan de Amsterdam School of Communication Research/ASCoR, afdeling Communicatiewetenschap, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam. Dr. Jesse Jansen, is als onderzoeker/postdoc werkzaam bij het Centre for Medical Psychology and Evidence-based Decisionmaking (CeMPED), Sydney School of Public Health, University of Sydney, Australië en dr. Sandra van Dulmen is werkzaam als programmaleider communicatie in de zorg bij het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Correspondentie: dr. J.C.M. van Weert; j.c.m.vanweert@uva.nl.

SAMENVATTING

DOEL. In dit onderzoek is nagegaan welke verschillen er zijn in communicatiebehoeften tussen patiënten die curatieve dan wel palliatieve chemotherapie ondergaan, jongere en oudere patiënten en mannen en vrouwen.

METHODE. 342 Nederlandse patiënten met kanker (18-84 jaar oud) uit tien ziekenhuizen die recentelijk voor de eerste keer chemotherapie ondergingen, hebben een vragenlijst ingevuld, bestaande uit sociodemografische en ziektespecifieke achtergrondkenmerken en de 'QUOTE^{chemo}-Importance' (QUality Of communication Through the patients' Eyes). De QUOTE^{chemo}-Importance bevat 67 items en is ontwikkeld om communicatiebehoeften rondom een behandeling met chemotherapie te meten.

RESULTATEN. Patiënten die een curatieve behandeling met chemotherapie krijgen, hebben bij aanvang van de behandeling meer behoefte aan informatie over 'werking van chemotherapie', 'omgaan met klachten', informatie die 'persoonlijk afgestemd' is op de specifieke situatie van de patiënt, communicatie over 'coping', ofwel omgaan met de ziekte en de behandeling, en 'affectieve communicatie' dan patiënten die een palliatieve behandeling ondergaan. Leeftijd en geslacht blijken van invloed te zijn op de communicatiebehoeften.

Patiënten jonger dan 65 jaar hebben meer behoefte aan informatie over 'omgaan met klachten' en 'coping communicatie' dan patiënten ouder dan 65 jaar. Vrouwen hebben meer behoefte aan informatie over de 'werking van chemotherapie', 'coping communicatie' en 'affectieve communicatie' dan mannen. De verschillen zijn significant, maar in het algemeen klein.

CONCLUSIE. Concluderend wijzen de resultaten op verschillen in communicatiebehoeften tussen patiënten die een curatieve en die een palliatieve chemotherapiebehandeling ondergaan. De verschillen zijn deels toe te schrijven aan verschillen in leeftijd en geslacht.

Aanbevolen is nader onderzoek te doen naar verschillen in communicatiebehoeften tussen patiënten die een curatieve en die een palliatieve behandeling krijgen in relatie tot factoren zoals de objectieve gezondheidsstatus en de verwachte levensduur.

SUMMARY

AIM. The aim of this study is to identify differences in communication needs of cancer patients receiving chemotherapy with a curative treatment goal versus palliative treatment goal, older and younger patients and men and women.

METHOD. 345 Dutch cancer patients (aged 18-84 years) from 10 hospitals who recently started chemotherapy for the first time completed a questionnaire, existing of demographic and disease characteristics and the 'QUOTE^{chemo}-Importance' (Quality Of communication Through the patients' Eyes). The 'QUOTE^{chemo}-Importance' contains 67 items and was developed to measure communication needs concerning a treatment with chemotherapy.

FINDINGS. Patients who receive chemotherapy with a curative treatment attach, at the beginning of the treatment, significantly more value to communication about 'chemotherapy treatment', 'rehabilitation/coping with side-effects', 'tailored communication', 'emotional coping with the disease and the treatment' ('coping communication') and 'affective communication' than patients who receive chemotherapy with a palliative treatment. Age and gender also appear to influence communication needs. Younger patients (age < 65 years) have more needs in the categories 'rehabilitation information/coping with side-effects' and 'coping communication' than older patients (age > 65 years).

Female patients report more communication needs in the categories 'treatment chemotherapy', 'coping communication' and 'affective communication' as compared to male patients. The differences are significant although relatively small.

CONCLUSION. The findings suggest that there are meaningful differences between patients receiving curative versus palliative treatment with regard to their communication needs. The differences can partly be attributed to differences in age and gender. Further investigation of curative and palliative patients' communication needs is recommended, with special attention to the role of factors such as objective health status and life expectancy.

[BOX 1]

INLEIDING

Effectieve communicatie is essentieel voor een goede voorbereiding op de behandeling en voor optimale gezondheidsuitkomsten (1). Onvoldoende afstemming op de communicatiebehoeften van patiënten kan leiden tot stress, bezorgdheid, verminderde acceptatie van de ziekte en in sommige gevallen tot depressie (2). Ook kan een onrealistisch beeld van (het verloop van) de ziekte ontstaan, bijvoorbeeld wanneer het behandelingsdoel vanuit het perspectief van de arts niet overeenkomt met het behandelingsdoel dat de patiënt voor ogen heeft (3). Voordelen van goede informatievoorziening voor patiënten met kanker zijn onder andere een toegenomen betrokkenheid van de patiënt bij het nemen van beslissingen, grotere tevredenheid met de gekozen behandeling, beter in staat zijn de ziekte het hoofd te bieden en betere communicatie met familieleden (4). Communicatie tussen patiënten en zorgverleners verloopt echter niet altijd vlekkeloos, waardoor patiënten met kanker regelmatig onvervulde communicatiebehoeften rapporteren (3). Medische professionals hebben bijvoorbeeld vaak moeite met het communiceren van een slechte prognose (5,6).

Patiëntgerichte communicatie, waarbij zorgverleners de communicatie afstemmen op de individuele behoeften, verwachtingen en zorgen van de patiënt, wordt beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor een goede kwaliteit van zorg (7). Om patiëntgerichte zorg te kunnen leveren is het essentieel om kennis te hebben van communicatiebehoeften van patiënten. Tot nu toe is echter weinig bekend over mogelijke verschillen in communicatiebehoeften tussen verschillende groepen patiënten, zoals patiënten die een curatieve behandeling respectievelijk een palliatieve behandeling (in dit onderzoek chemotherapie) ondergaan, jongere en oudere (> 65 jaar) patiënten en mannen en vrouwen.

Met name naar verschillen in communicatiebehoeften tussen patiënten die een curatieve behandeling (voortaan hier: curatieve patiënten) en patiënten die een palliatieve behandeling (voortaan hier: palliatieve patiënten) krijgen is tot op heden vrijwel geen onderzoek gedaan.

Uit onderzoek naar de communicatie tussen radiologen en oncologiepatiënten blijkt dat consulten van radiologen met curatieve patiënten anders verlopen dan consulten met palliatieve patiënten (8).

Onbekend is echter of hier een verschil in communicatiebehoeften van patiënten aan ten grondslag ligt. In een van de weinige onderzoeken waarin gekeken is naar verschillen in communicatiebehoeften tussen palliatieve en curatieve patiënten zijn geen verschillen vastgesteld (9). In onderzoek van Butow et al. (10) zijn echter wel aanwijzingen gevonden dat de informatiebehoefte afneemt naarmate de ziekte vordert. Daarnaast vonden McIlmurray et al.

(11) dat patiënten op het moment dat zij de overgang van curatieve naar palliatieve zorg maken meer behoefte hebben aan informatie over behandelplan, verwachtingen, medicatie, bijwerkingen, hulp in het behouden van een gevoel van controle over hun leven en steun dan patiënten die nog in een 'actieve' behandelingsfase zitten. De overgang naar palliatieve zorg is meestal echter een latere fase in het ziekteproces dan de start met een palliatieve behandeling.

Een palliatieve behandeling heeft levensverlenging en/of verlichting van de klachten van de patiënt tot doel en wordt gegeven wanneer duidelijk is dat een behandeling met chemotherapie niet meer zal leiden tot genezing van de patiënt (12,13), terwijl in de zogenaamde 'palliatieve zorgfase' c.q. 'terminale fase' kwaliteit van leven meer centraal staat dan levensverlenging (13). Bij een curatieve behandeling is het doel gericht op het genezen van de patiënt. Daar waar bij een curatieve behandeling het verdwijnen van de tumor vaak als de belangrijkste uitkomst beschouwd wordt, zijn bij een palliatieve behandeling, naast het verkleinen van de tumor en het verlengen van de levensduur, ook de emotionele en sociale uitkomsten van groot belang (8,14). Om deze reden was de verwachting bij aanvang van dit onderzoek dat curatieve patiënten meer behoefte hebben aan inhoudelijke informatie over de behandeling en palliatieve patiënten meer behoefte aan zaken als emotionele steun, het omgaan met de ziekte en het betrekken van naasten. Naast behandelingsdoel kunnen leeftijd en geslacht van invloed zijn op de communicatiebehoeften.

Ook het onderzoek naar leeftijds- en sekseverschillen in communicatiebehoeften is echter nog schaars. Het weinige onderzoek dat gedaan is naar de relatie tussen leeftijd en communicatiebehoeften lijkt te indiceren dat oudere patiënten met kanker minder behoefte hebben aan (gedetailleerde) informatie (9,15-17), aan informatie over het omgaan met de ziekte (15) en over het herstel (17) dan jongere patiënten. Eerder onderzoek naar sekseverschillen in communicatiebehoeften wijst erop dat vrouwen meer behoefte aan informatie lijken te hebben dan mannen, voornamelijk aan medisch- technische informatie rondom de ziekte en de behandeling (9). Ook zouden vrouwen meer psychosociale behoeften hebben, zoals behoefte aan steun van zorgverleners en emotionele en spirituele behoeften (11).

De verpleegkundige speelt een belangrijke rol bij de informatievoorziening aan patiënten met kanker. Vlak voor de start met chemotherapie vindt in de meeste Nederlandse ziekenhuizen een voorlichtingsgesprek plaats tussen de patiënt en een verpleegkundige. Tijdens dit gesprek, van ongeveer drie kwartier tot een uur, ontvangt de patiënt informatie over de behandeling, veelal aan de hand van het voorlichtingsboekje *Behandelwijzer chemotherapie*. Dit onderzoek richt zich op de communicatiebehoeften van patiënten met kanker ten tijde van dit voorlichtingsgesprek. Uit eerder onderzoek is namelijk bekend dat communicatiebehoeften van patiënten met kanker aan het begin van de behandeling het grootst zijn (2,18).

Het onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de relatie tussen communicatiebehoeften en behandelingsdoel en de rol van leeftijd en geslacht. De onderzoeksvraag luidt: welke verschillen zijn er in communicatiebehoeften bij aanvang van chemotherapie tussen volwassen patiënten met kanker die een curatieve behandeling en patiënten die een palliatieve behandeling met chemotherapie ondergaan en welke rol spelen leeftijd en geslacht?

METHODE

Dit empirische onderzoek is een kwantitatieve survey en maakt deel uit van het VOICE-onderzoek (zie www.nivel.nl/voice) dat is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het UMC Utrecht en door de METC's van alle deelnemende ziekenhuizen.

Procedure

De data zijn in de periode oktober tot december 2007 verzameld in tien algemene ziekenhuizen verspreid over Nederland.

Inclusiecriteria voor patiënten waren: a) 18 jaar of ouder en b) recent voor de eerste keer gestart met chemotherapie.

Om aan dit laatste criterium te voldoen zijn per ziekenhuis de laatste zestig patiënten geselecteerd die voor de eerste keer met chemotherapie zijn begonnen.

Op deze manier is een convenience sample verkregen. Het onderzoek is onder leiding van een senior onderzoeker (JvW) uitgevoerd door studenten van de Universiteit van Amsterdam die de ziekenhuizen bezochten om achtergrondgegevens en adressen van patiënten te verzamelen, de dataverzameling verzorgden en de data invoerden. Indien diagnose of behandelingsdoel niet duidelijk in het medisch dossier terug te vinden waren, zijn de gegevens verstrekt door de (coördinerende) verpleegkundige.

[TABEL 1]

Om de kwaliteit te waarborgen heeft de senior onderzoeker toezicht gehouden op het proces en de databestanden steekproefsgewijs gecontroleerd. Tevens is 20% van de data dubbel ingevoerd en gecontroleerd op invoerfouten. Deze bleken verwaarloosbaar.

Meetinstrumenten

Tabel 1 geeft een overzicht van de inhoud van de vragenlijst. Het eerste deel van de vragenlijst bevat vragen over sociodemografische achtergrondkenmerken en ziektespecifieke kenmerken. In het tweede deel van de vragenlijst worden de communicatiebehoeften bij de start van de chemotherapiebehandeling gemeten. In de begeleidende brief en in de vragenlijst is uitdrukkelijk vermeld dat de vragen gingen over de behoeften van de respondenten ten tijde van het gesprek met de verpleegkundige dat plaatsvond vlak voor de start met chemotherapie.

Het retrospectief in kaart brengen van de communicatiebehoeften is gedaan aan de hand van de 'QUOTE^{chemo}-Importance', die speciaal ontwikkeld is om communicatiebehoeften te meten van patiënten die chemotherapie krijgen (19). QUOTE staat voor Quality Of communication Through the patients' Eyes (kwaliteit van de communicatie vanuit patiëntenperspectief). De QUOTE^{chemo}-Importance bevat 67 items, waarbij op een 4-punts Likertschaal gemeten wordt hoe belangrijk de respondent het betreffende communicatieaspect vindt ('niet belangrijk', 'eigenlijk wel belangrijk', 'belangrijk', 'van het allergrootste belang'). De 67 items zijn gecategoriseerd in zeven verschillende dimensies van communicatiebehoeften: drie dimensies bevatten items over de behoefte aan het bespreken van kankerspecifieke onderwerpen ('werking chemotherapie', 'omgaan met bijwerkingen' en 'realistische verwachtingen/prognose') en vier dimensies refereren aan generieke communicatieaspecten ('persoonlijke afstemming', 'interpersoonlijke communicatie', 'coping communicatie' en 'affectieve communicatie') (zie tabel 1). De ontwikkeling en psychometrische kenmerken van de QUOTE^{chemo} zijn elders uitvoerig beschreven (19). Samenvattend bevestigde factoranalyse aan de hand van structural equation modelling (SEM) de factorstructuur van de zeven QUOTE^{chemo}dimensies.

Tevens werden een goede interne betrouwbaarheid van de QUOTE^{chemo}-subschalen en voldoende validiteit vastgesteld (19).

Analyses

Non-responsanalyse

Aan de hand van een non-responsanalyse is nagegaan of de responsgroep vergelijkbaar is met de non-responsgroep wat betreft leeftijd, geslacht, diagnose en behandelingsdoel volgens de medische status.

Analyse consistentie behandelingsdoel

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is allereerst onderzocht of het behandeldoel dat de patiënt voor ogen heeft overeenkomt met het behandeldoel zoals geregistreerd in de medische status. Het antwoord op de vraag aan de patiënt naar het behandeldoel is aan de hand van een chi-kwadraatanalyse vergeleken met het door de arts gestelde behandeldoel in de medische status. Wanneer verschillen geconstateerd werden tussen de perceptie van de arts en de perceptie van de patiënt, is in de analyses uitgegaan van de perceptie van de patiënt, aangezien de patiënt de vragenlijst ingevuld heeft met het idee dat het om een palliatieve of curatieve behandeling gaat.

Analyse communicatiebehoeften

De sociodemografische en ziektespecifieke achtergrondkenmerken van curatieve respectievelijk palliatieve patiënten zijn door middel van t-toetsen c.q. chi-kwadraattoetsen vergeleken. Verschillen in communicatiebehoeften tussen deze twee groepen, zoals gemeten met de zeven QUOTE^{chemo}-subschalen, zijn getoetst met een t-toets. Door middel van subgroepanalyses (ANOVA) zijn de verschillen in communicatiebehoeften tussen jongere (< 65) en oudere patiënten (> 65) c.q. mannen en vrouwen in relatie tot hun behandeldoel geanalyseerd. Tevens is nagegaan of er interactie-effecten waren tussen leeftijd c.q. geslacht en behandeldoel.

RESULTATEN

Respons

Van de 582 aangeschreven patiënten hebben er 345 (59%) de vragenlijst ingevuld geretourneerd. Drie van de 345 respondenten gaven aan het doel van hun chemotherapiebehandeling niet te weten en zij zijn buiten beschouwing gelaten in de analyses. Er is geen significant verschil gevonden tussen de responsgroep en de non-responsgroep in gemiddelde leeftijd (56 respectievelijk 59 jaar; $F(579,469) = 9,691$, $p > 0,05$), geslacht (67% vrouw in beide groepen; $\chi^2(1) = 0,000$, $p > 0,05$) en diagnose (47 respectievelijk 44% borstkanker; 22 respectievelijk 24% gastro- enterologische tumor; 11 respectievelijk 8% hematologische tumor; 10 respectievelijk 9% longtumor; 3 respectievelijk 6% urologische tumor; $\chi^2(7) = 5,034$, $p > 0,05$). Wel is het percentage palliatieve patiënten in de non-responsgroep (36%) significant hoger dan in de responsgroep (25%) ($\chi^2(1) = 5,556$, $p < 0,05$).

Achtergrondgegevens van de curatieve en de palliatieve groep

Van de 342 respondenten zegt 75% ($n = 256$) dat het behandeldoel curatief ('genezing') is en 25% ($n = 86$) palliatief ('levensverlenging en/of verlichting van klachten'). Er is een significant verschil tussen de curatieve en de palliatieve groep in leeftijd ($M = 54$ respectievelijk 60; $F(340,177) = 4,240$, $p < 0,001$) en geslacht (75% vrouw respectievelijk 42% vrouw; $\chi^2(1) = 32,713$, $p < 0,0001$). Dit is in de analyses ondervangen door subgroepanalyses uit te voeren voor leeftijd en geslacht. Ongeveer de helft van de respondenten uit beide groepen is laagopgeleid en het merendeel heeft de Nederlandse nationaliteit (zie tabel 2).

[TABEL 3]

In de curatieve groep zijn significant meer respondenten met borstkanker vertegenwoordigd dan in de palliatieve groep. Borstkanker komt met name bij vrouwen voor, waardoor het percentage vrouwen in de curatieve groep ook relatief groot is. In de palliatieve groep zijn meer respondenten met longkanker en urologische kanker; deze ziektebeelden komen meer bij mannen dan bij vrouwen voor en met name longkanker heeft een relatief lage overlevingskans (20). Logischerwijs ondergaat de curatieve groep significant vaker aanvullende behandelingen dan de palliatieve groep; met name een operatie komt vaker voor bij curatieve patiënten. Chemotherapie werd bij zowel curatieve respondenten als bij palliatieve respondenten meestal via het infuus toegediend (respectievelijk 81% en 70%). Beide groepen rapporteren vergelijkbaar over de veranderingen in ervaren gezondheid tussen de start met chemotherapie en het invullen van de vragenlijst (zie tabel 3).

Consistentie behandeldoel

Uit de resultaten blijkt dat 43 van de 342 respondenten (14%) een ander behandeldoel rapporteren dan in het ziekenhuis is geregistreerd. Het komt iets vaker voor dat patiënten denken een curatieve behandeling te

ondergaan terwijl de behandelend arts een palliatieve behandeling heeft geregistreerd (8%) dan andersom (6%). Bij 86% komt het behandeldoel wel overeen.

Communicatiebehoeften in relatie tot behandeldoel

Curatieve patiënten hebben gemiddeld de meeste behoefte aan 'affectieve communicatie' ($M = 3,1$, $SD = 0,4$), informatie over 'werking chemotherapie' ($M = 3,1$, $SD = 0,4$) en 'omgaan met klachten' ($M = 3,0$, $SD = 0,5$) (zie tabel 4). Deze communicatiebehoeften worden door palliatieve patiënten eveneens als belangrijkste aangewezen (respectievelijk $M = 3,0$, $SD = 0,5$; $M = 3,0$, $SD = 0,5$; $M = 2,9$, $SD = 0,5$). De resultaten geven een consequent patroon weer van iets lagere communicatiebehoeften bij palliatieve patiënten dan bij curatieve patiënten, met name wat betreft informatie over 'werking chemotherapie' ($F(336,138) = 0,441$, $p < 0,01$), 'omgaan met klachten' ($F(335,141) = 0,623$, $p < 0,05$), 'persoonlijke afstemming' ($F(335,123) = 3,575$, $p < 0,05$), 'coping communicatie' ($F(337,137) = 1,430$, $p < 0,05$) en 'affectieve communicatie' ($F(336,124) = 3,140$, $p < 0,05$).

Communicatiebehoeften in relatie tot behandeldoel en leeftijd

[TABEL 4]

Jongere patiënten rapporteren significant meer behoefte aan informatie over 'omgaan met klachten' ($F(1,333) = 5,700$, $p < 0,05$) en 'coping communicatie' ($F(1,335) = 4,663$, $p < 0,05$) dan oudere patiënten (zie tabel 5). Curatieve patiënten van 65 jaar of ouder hechten significant meer belang aan informatie over 'werking chemotherapie' ($F(69,44) = 3,085$, $p < 0,05$) en 'omgaan met klachten' ($F(68,53) = 0,124$, $p < 0,05$) dan palliatieve patiënten van 65 jaar of ouder. Binnen de groep curatieve patiënten rapporteren de ouderen (> 65 jaar) een significant grotere behoefte aan informatie over 'prognose' ($F(251,75) = 3,953$, $p < 0,05$) dan de jongeren (< 65 jaar). Oudere palliatieve patiënten hebben daarentegen minder behoefte aan communicatie over het 'omgaan met klachten' ($F(84,43) = 0,845$, $p < 0,05$) dan jongere palliatieve patiënten. Er zijn geen interactie-effecten gevonden voor behandeldoel en leeftijd met betrekking tot de communicatiebehoeften.

Communicatiebehoeften in relatie tot behandeldoel en geslacht

Vrouwen hebben significant meer behoefte aan informatie over de 'werking chemotherapie' ($F(1,334) = 3,986$, $p < 0,05$), 'coping communicatie' ($F(1,335) = 14,692$, $p < 0,001$) en 'affectieve communicatie' ($F(1,334) = 11,231$, $p < 0,01$) dan mannen (zie tabel 6). Curatief behandelde mannen rapporteren significant meer behoefte aan 'interpersoonlijke communicatie' ($F(109,89) = 6,452$, $p < 0,05$) dan palliatief behandelde mannen.

Daarnaast hebben zowel curatief als palliatief behandelde vrouwen significant meer behoefte aan 'coping communicatie' ($F(251,75) = 1,323$, $p < 0,05$) en 'affectieve communicatie' ($F(250,98) = 0,035$, $p < 0,01$) dan curatief c.q. palliatief behandelde mannen. Er zijn geen interactie-effecten gevonden voor behandeldoel en leeftijd met betrekking tot communicatiebehoeften.

CONCLUSIE

[TABEL 5][TABEL 6]

Concluderend hebben curatieve patiënten meer behoefte aan informatie over 'werking chemotherapie', 'omgaan met klachten', 'persoonlijke afstemming', 'coping communicatie' en 'affectieve communicatie' dan palliatieve patiënten. Hoewel het patroon systematisch aangeeft dat palliatieve patiënten minder communicatiebehoeften hebben dan curatieve patiënten, zijn de verschillen klein. Sommige verschillen in communicatiebehoeften hangen daarnaast samen met leeftijd en geslacht.

Jongere patiënten (meer vertegenwoordigd in de curatieve groep) hebben meer behoefte dan oudere patiënten (> 65 jaar) aan 'coping communicatie' en informatie over 'omgaan met klachten'. Vrouwen (eveneens meer vertegenwoordigd in de curatieve groep) hebben meer behoefte dan mannen aan informatie over 'werking chemotherapie', 'coping communicatie' en 'affectieve communicatie'.

DISCUSSIE

De resultaten van dit onderzoek geven aanvullende inzichten in de communicatiebehoeften van patiënten die met een verschillend behandeldoel, curatief dan wel palliatief, aan een behandeling met chemotherapie beginnen. In eerder onderzoek naar verschillen tussen curatieve en palliatieve patiënten werden, op basis van een beperkte vragenlijst met zeven items die alleen over kankerspecifieke informatiebehoeften ten aanzien van de ziekte en de behandeling gingen, geen verschillen gevonden tussen curatieve en palliatieve patiënten (9). In het huidige onderzoek werd een uitgebreidere subschaal met twintig items gebruikt om de behoefte aan informatie over de werking van chemotherapie te meten. Daarnaast zijn subschalen gebruikt om de behoefte aan informatie over 'omgaan met bijwerkingen', 'prognose' en bredere, generieke communicatiebehoeften, zoals 'affectieve' en 'coping' communicatie te meten. In dit onderzoek blijken de communicatiebehoeften van palliatieve patiënten steeds enigszins lager te liggen dan die van curatieve patiënten. De verwachting was dat dit het geval zou zijn voor de informatie over de behandeling, bijvoorbeeld over de werking van chemotherapie en het omgaan met bijwerkingen, maar dat palliatieve patiënten meer behoefte zouden hebben aan affectieve communicatie, zoals het krijgen van emotionele steun, interpersoonlijke communicatie en coping communicatie. Dit laatste is niet gevonden.

Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat patiënten die ongeneeslijk ziek zijn zich niet steeds willen focussen op (het bespreken van) hun moeilijke situatie (8,21,22). Kvåle (23) beschrijft dat patiënten met kanker niet altijd met de verpleegkundige willen praten over hun heftige gevoelens en emoties ten aanzien van de toekomst, maar het (ook) graag over hun normale leven, hobby's en familie willen hebben.

Tegelijkertijd is het een belangrijke taak van verpleegkundigen om door middel van goede communicatievaardigheden te achterhalen wanneer de patiënt wel over zijn of haar emoties wil praten en met wie (23). Dit wordt ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat palliatieve patiënten gemiddeld genomen angstiger en gedeprimeerder zijn dan curatieve patiënten, maar vaak niet uit zichzelf hun zorgen bespreken met de arts of de verpleegkundige (8). Aangezien ook bekend is dat degenen die hun zorgen wel bespreken beter in staat zijn om emotioneel met de ziekte te 'dealen', is het belangrijk om de zorgen en angsten van de patiënt bespreekbaar te maken op een manier die bij hem of haar past (8,24).

De verpleegkundige kan een belangrijke rol spelen in dit proces.

Een interessante bevinding van dit onderzoek is dat de perceptie van de arts en die van de patiënt over het behandeldoel bij ongeveer een op de zeven patiënten (14%) van elkaar verschilde. The (21) beschrijft dat oncologen regelmatig taalgebruik hanteren dat dubbelzinnig kan worden opgevat en veelal communiceren over de kortetermijnperspectieven. Patiënten kunnen uit onduidelijke en/of onvolledige informatie over het behandeldoel onterecht een optimistisch toekomstperspectief op langere termijn (vaak de hoop op genezing) afleiden (13,21). Miscommunicatie kan echter ook ontstaan als de patiënt de gegeven informatie bewust of onbewust niet of niet goed heeft ontvangen. Het vermijden van informatie en/of het verdringen of ontkennen van slecht nieuws kan een copingmechanisme zijn om 'men- taal discomfort' te vermijden, zichzelf te beschermen tegen overweldigende gevoelens en/of hoop te behouden (25,26). Opvallend is dat er ook patiënten waren die hun vooruitzichten somberder inzagen dan volgens de medische status nodig was. Nader onderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de mogelijke oorzaak hiervan.

In overeenstemming met eerdere onderzoeken (9,15,17) rapporteren jongere patiënten meer communicatiebehoeften dan oudere patiënten, met name ten aanzien van 'coping communicatie' en 'omgaan met klachten'. Dit zou verklaard kunnen worden uit het gegeven dat ouderen met kanker, emotioneel gezien, beter om kunnen gaan met hun ziekte en de behandeling dan jongeren en minder stress en onzekerheid ervaren (15,27). Anderzijds is er ook literatuur die het omgekeerde zegt. De ouderen van nu zijn opgegroeid in een tijd waarin de diagnose kanker bijna altijd gelijkgesteld werd aan een doodsvonnis waar niet of nauwelijks over gesproken werd (28). Het niet willen praten over het omgaan met de ziekte hoeft daarom niet te betekenen dat ouderen er beter mee om kunnen gaan. Aanbevolen wordt in vervolgstudies de relatie tussen leeftijd, omgaan met kankergerelateerde stressreacties en communicatiebehoeften nader te onderzoeken.

In eerder onderzoek is gevonden dat vrouwen meer behoefte aan medischtechnische informatie (9) en psychosociale behoeften (11) hebben dan mannen.

Dit ligt in lijn met het verschil in behoefte aan informatie over de 'werking van chemotherapie', 'coping communicatie' en 'affectieve communicatie' zoals gevonden is in de huidige studie. Onderzoek op dit gebied is echter schaars. Zo werden in de meta-analyse van Ankem (16) geen studies gevonden waarin mannen en vrouwen verschilden in informatiebehoeften.

Nader onderzoek is nodig om meer inzicht in sekseverschillen te krijgen.

Uit dit onderzoek blijkt verder dat de respondenten niet alleen veel belang hechten aan inhoudelijke informatie over de werking van chemotherapie, maar ook aan affectieve communicatie, dat wil zeggen communicatie die erop gericht is een vertrouwensband met de patiënt op te bouwen en veiligheid te creëren (29). Empathie, emotionele aandacht en attitude van de verpleegkundige zijn hierbij belangrijke aspecten, die door alle patiënten, curatief of palliatief, jong of oud, man of vrouw, belangrijk gevonden worden. Concluderend kunnen zorgverleners steun hebben aan de uitkomsten van dit onderzoek bij het bepalen van de inhoud van het voorlichtingsgesprek. Door het creëren van bewustzijn en aandacht voor de invloed van individuele factoren op communicatiebehoeften van patiënten wordt het streven om het verpleegkundige voorlichtingsgesprek optimaal aan te laten sluiten op de individuele behoeften van de patiënt ondersteund. Hoe meer 'communicatie-op-maat' aangeboden wordt, hoe relevanter de informatie wordt voor de patiënt, wat volgens het Elaboration Likelihood Model zal resulteren in een betere verwerking van de informatie door de patiënt (30).

Methodologische kanttekeningen

In dit onderzoek is als inclusiecriteria gehanteerd dat respondenten voor de eerste keer chemotherapie kregen. Een beperking van deze aanpak is echter dat de groep patiënten die reeds eerder een curatieve behandeling heeft ondergaan en nu palliatieve chemotherapie krijgt uitgesloten is van deelname aan dit onderzoek.

Vervolgonderzoek waarin deze groep wel wordt meegenomen wordt daarom aanbevolen.

Tevens is het mogelijk dat de groep palliatieve patiënten die heeft deelgenomen aan dit onderzoek gemiddeld genomen over een betere gezondheidsstatus beschikt dan de palliatieve patiënten die wel benaderd zijn, maar niet hebben deelgenomen (de non-responsgroep).

Opvallend is namelijk dat de groep curatieve patiënten en de groep palliatieve patiënten een vergelijkbare achteruitgang in gezondheid rapporteren tussen de start met chemotherapie en het invullen van de vragenlijst (zie tabel 3). Mogelijk missen we in dit onderzoek palliatieve patiënten die in de periode tussen de start met chemotherapie en het toesturen van de vragenlijst sterker in gezondheid achteruitgegaan zijn en/of een kortere levensverwachting hebben. In vervolgonderzoek zou extra aandacht besteed moeten worden aan de inclusie van deze groep patiënten en aan het meenemen van factoren zoals de objectieve gezondheidsstatus van de patiënt en de verwachte levensduur.

Een andere beperking is dat patiënten retrospectief kijken op hun informatiebehoeften bij de start met chemotherapie.

Een longitudinaal onderzoek, waarbij de patiënten gevolgd worden in de veranderingen die optreden in communicatiebehoeften gedurende het ziekte- en behandelproces, kan aanvullende inzichten geven.

LITERATUUR

1. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152:1423- 33.
2. Mesters I, Van den Borne B, De Boer M, Pruyn J. Measuring information needs among cancer patients. *Patient Educ Couns*. 2001;43:253-62.
3. Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *SCRN Communication Team. Psychooncology*. 2005;14:831- 47.
4. Rutten LJF, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980- 2003). *Patient Educ Couns*. 2005;57:250-61.
5. Mitchell AJ. Reluctance to disclose difficult diagnoses: a narrative review comparing communication by psychiatrists and oncologists. *Support Care Cancer*. 2007;15:819-28.
6. Schofield P, Carey M, Love A, Nehill C, Wein S. 'Would you like to talk about your future treatment options'? Discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliat Med*. 2006;20:397-406.
7. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. No 07-6225. Bethesda: National Cancer Institute; 2007.
8. Timmermans LM, Van der Maazen RWM, Leer JWH, Kraaimaat FW. Palliative or curative treatment intent affects communication in radiation therapy consultations. *Psychooncology*. 2006;15:713-25.
9. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer*. 2001;84:48-51.

10. Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall MH, Boyer MJ. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol.* 1997;8:857-63.
11. McIlmurray MB, Thomas C, Francis B, Morris S, Soothill K, Al-Hamada A. The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2001;10:261-9.
12. Gezondheidsraad (2003, 6 oktober). Palliatieve chemotherapie. Bezocht op 28 september 2007. <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=775>.
13. Van Kleffens T, Van Baarsen B, Hoekman K, Van Leeuwen E. Clarifying the term 'palliative' in clinical oncology. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2004;13:263-71.
14. Brady LW, Heilmann HP, Molls M. Introduction. In: Parker RG, Janjan NA, Selch MT, editors. *Palliative radiation oncology*. New York: Springer; 2003. p. 1-2.
15. Jansen J, Van Weert JCM, Van Dulmen S, Heeren T, Bensing J. Patient education about treatment in cancer care: an overview of the literature on older patients' needs. *Cancer Nurs.* 2007;30(4):251-60.
16. Ankem K. Factors influencing information needs among cancer patients. A meta-analysis. *Library & Information Science Research.* 2006;28:7-23.
17. Giacalone A, Blandino M, Talamini R, Bortolus R, Spazzapan S, Valentini M, et al. What elderly cancer patients want to know? Differences among elderly and young patients. *Psychooncology.* 2007;16:365-70.
18. Gray RE, Fitch M, Greenberg M, Hampson A, Doherty M, Labrecque M. The information needs of well, longer-term survivors of breast cancer. *Patient Educ Couns.* 1998;33:245-55.
19. Van Weert JCM, Jansen J, De Bruijn GJ, Noordman J, Van Dulmen SM, Bensing JM. QUOTEchemo: a patientcentered instrument to measure quality of communication preceding chemotherapy treatment through the patient's eyes. *Eur J Cancer.* 2009;45:2967-76.
20. Van den Berg WN, Eliel MR, Battermann JJ. *Oncologieboek IKMN, deel 1. Tumorspecifieke richtlijnen*. Utrecht: IKMN; 2002.
21. The A. Tussen hoop en vrees: palliatieve behandeling en communicatie in ziekenhuizen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
22. De Haes H, Koedoot N. Patient centered decision making in palliative cancer treatment: a world of paradoxes. *Patient Educ Couns.* 2003;50:43-9.
23. Kvåle K. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *Eur J Oncol Nurs.* 2007;11:320-7.
24. Detmar SB, Aaronson NK, Wever LDV, Muller M, Schornagel JH. How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *J Clin Oncol.* 2000;18:3295-301.
25. Case DO, Andrews JE, Johnson JD, Allard SL. Avoiding versus seeking: the relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. *J Med Libr Assoc.* 2005;93:353-62.
26. Vos MS, De Haes JCJM. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psychooncology.* 2007;16:12-25.
27. Posma ER, Van Weert JCM, Jansen J, Bensing JM. Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: an evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nurs.* 2009;8:1.
28. Greene MG, Adelman RD. Physician-older cancer patient communication about cancer. *Patient Educ Couns.* 2003;50:55-60.
29. Bensing JM, Verhaak PFM. Communication in medical encounters. In: Weinman J, Kaptein A, editors. *Health psychology*. Malden: Blackwell Publishing; 2005. p. 261- 98.
30. Petty RE, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. In: Berkowitz L, editor. *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press; 1986. p. 123-205.

BOX AND TABELEN

Wat is bekend?

- Goede informatievoorziening aan patiënten met kanker is belangrijk voor de betrokkenheid van patiënten bij het nemen van beslissingen, tevredenheid, omgaan met de ziekte en communicatie met naasten.
- Patiëntgerichte communicatie die is afgestemd op individuele behoeften en kenmerken van patiënten is een voorwaarde voor een goede kwaliteit van zorg.
- Er is weinig bekend over verschillen in communicatiebehoeften tussen patiënten met een curatief behandeldoel (genezing) en een palliatief behandeldoel (levensverlenging en/of verlichting van klachten), oudere en jongere patiënten en mannen en vrouwen.

Wat is nieuw?

- Curatieve patiënten rapporteren iets meer communicatiebehoeften dan palliatieve patiënten.
- Jongeren rapporteren iets meer communicatiebehoeften dan ouderen.
- Vrouwen rapporteren iets meer communicatiebehoeften dan mannen.

Wat betekent dit voor de praktijk?

- Behandeldoel, geslacht en leeftijd zijn factoren waar rekening mee gehouden kan worden in de voorlichting aan en communicatie met patiënten met kanker.
- De resultaten helpen mee bij het creëren van aandacht voor de invloed van individuele factoren op communicatiebehoeften van patiënten, en daarmee bij het streven om het verpleegkundig voorlichtingsgesprek optimaal aan te laten sluiten op de individuele behoeften van de patiënt.

TABEL 1: INHOUD VAN DE VRAGENLIJST.

Deel 1: Achtergrondkenmerken	
Sociodemografische achtergrondkenmerken	Antwoordmogelijkheden
Geslacht	'man', 'vrouw'
Leeftijd	in jaren
Opleiding	gehercodeerd tot laag, middel, hoog
Woonsituatie	'alleen', 'met partner', 'met partner en kinderen', 'met kind(eren)', 'anders, namelijk ...'
Nationaliteit	'Nederlandse', 'anders, namelijk ...'
Religieus	wel/niet religieus
Ziektespecifieke achtergrondkenmerken	Antwoordmogelijkheden
Behandelingsdoel	'curatief (genezing)', 'palliatief (levensverlenging en/of verlichting van klachten)', 'weet niet', 'anders, namelijk ...'
Andere behandelingen naast chemotherapie	'operatie', 'radiotherapie', 'hormoontherapie', 'immunotherapie', 'anders, namelijk ...'
Tijd sinds diagnose	in maanden
Tijd sinds start chemotherapie	in maanden
Toedieningswijze	'infuus', 'oraal', 'combinatie van infuus en oraal'
Hoeveelheid last van bijwerkingen	'meer dan tevoren verwacht', 'evenveel als tevoren verwacht', 'minder dan tevoren verwacht'
Ervaren gezondheid in vergelijking met moment van start chemotherapie	'veel slechter geworden', 'slechter geworden', 'hetzelfde gebleven', 'beter geworden', 'veel beter geworden'
Deel 2: QUOTE^{chemo}-Importance (communicatiebehoeften)	
Kankerspecifieke items	Inhoud subschaal
Werking chemotherapie (20 items; $\alpha = 0,90$)	Medisch-technische informatie over chemotherapie
Omgaan met bijwerkingen (11 items; $\alpha = 0,86$)	Informatie over de gevolgen van de behandeling voor het dagelijks leven
Realistische verwachtingen/prognose (3 items; $\alpha = 0,76$)	Informatie over de toekomst c.q. de levensverwachting van de patiënt
Generieke items	Inhoud subschaal
Persoonlijke afstemming (10 items; $\alpha = 0,81$)	Items die tot doel hebben de informatie aan te passen aan de individuele situatie en behoeften van de patiënt
Interpersoonlijke communicatie (6 items; $\alpha = 0,90$)	Items over het betrekken van de naasten van de patiënt; aandacht voor naasten
Coping communicatie (7 items; $\alpha = 0,81$)	Informatie en communicatie die te maken hebben met het omgaan met de ziekte
Affectieve communicatie (10 items; $\alpha = 0,88$)	Socio-emotionele items die tot doel hebben een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt

TABEL 2: ACHTERGRONDKENMERKEN VAN RESPONDENTEN NAAR BEHANDELDOEL (N = 342).

Behandeldoel	Curatief (n = 256)		Palliatief (n = 86)	
	n	%	n	%
Behandeldoel	256	75	86	25
Geslacht				
Man	63	25**	50	58
Vrouw	193	75**	36	42
Leeftijd in jaren				
Gemiddelde (SD)	54 (11,3)*		60 (9,2)	
Range	20-84		37-82	
Opleiding				
Laag	118	46	44	51
Middelbaar	69	27	16	19
Hoog	67	26	26	30
Onbekend	2	1	0	0
Woonsituatie				
Alleen	37	15	16	19
Met partner	122	48	50	58
Met partner en kind(eren)	82	32	16	19
Met kind(eren)	9	4	3	4
Anders	4	2	1	1
Onbekend	2	1	0	0
Nationaliteit				
Nederlands	247	97	86	100
Anders	6	2	0	0
Onbekend	3	1	0	0
Religieus				
Ja	142	56	51	59
Nee	112	44	35	41
Onbekend	2	1	0	0

* p < 0,01 (vergelijking curatief-palliatief).
 ** p < 0,001 (vergelijking curatief-palliatief).

TABEL 3: ZIEKTESPECIFIEKE KENMERKEN VAN RESPONDENTEN NAAR BEHANDELDOEL (N = 342).

	Curatief (n = 256)		Palliatief (n = 86)	
	n	%	n	%
Diagnose (primaire tumor)				
Borsttumor	141	55*	18	21
Longtumor	14	6*	19	22
Gastro-enterologische tumor	53	21	20	23
Gynaecologische tumor	15	6	6	7
Hematologische tumor	24	9	10	12
Urologische tumor	2	1*	8	9
Overig	5	2	1	1
Onbekend	2	1	4	5
Soort behandelingen ondergaan				
Alleen chemotherapie	25	10*	26	31
Andere behandelingen naast chemotherapie:				
Operatie	213	84*	40	47
Radiotherapie	124	49	30	35
Hormoontherapie	61	24	11	13
Immunotherapie	13	5	7	8
Anders	17	7	7	8
Tijd sinds diagnose in weken				
Gemiddelde (SD)	46 (50,4)		65 (80,4)	
Range	0-590		4-437	
Tijd sinds eerste chemotherapie in weken				
Gemiddelde (SD)	32 (25,9)		29 (27,8)	
Range	2-131		3-134	
Toedieningswijze chemotherapie				
Infuus	204	80	60	70
Oraal, via pillen	1	0	1	1
Combinatie van infuus en pillen	48	19	25	29
Onbekend	3	1	0	0
Hoeveelheid last van bijwerkingen				
Meer dan tevoren verwacht	84	33	24	28
Evenveel als tevoren verwacht	56	22	22	26
Minder dan tevoren verwacht	112	44	38	45
Onbekend	4	2	2	2
Gezondheid in vergelijking met moment van start chemotherapie				
Veel slechter geworden	6	2	7	8
Slechter geworden	87	34	27	31
Hetzelfde gebleven	87	34	29	34
Beter geworden	59	23	19	22
Veel beter geworden	13	5	3	4
Onbekend	4	2	1	1

* p < 0,001 (vergelijking curatief-palliatief).

TABEL 4: VERSCHILLEN IN COMMUNICATIEBEHOEFTE TUSSEN CURATIEVE EN PALLIATIEVE PATIËNTEN (N = 342).

Communicatiebehoefte	Curatief (n = 256)		Palliatief (n = 86)	
	M ^a	SD	M ^a	SD
Informatie over werking chemotherapie	3,1 ^{b**}	0,4	3,0	0,5
Informatie over omgaan met klachten	3,0 ^{b*}	0,5	2,9	0,5
Realistische verwachtingen/prognose	2,9	0,8	2,8	0,9
Persoonlijke afstemming	2,8 ^{b*}	0,5	2,7	0,6
Interpersoonlijke communicatie	2,8	0,7	2,6	0,8
Coping communicatie	2,7 ^{b*}	0,6	2,5	0,6
Affectieve communicatie	3,1 ^{b*}	0,4	3,0	0,5

* p < 0,05.
 ** p < 0,01.
^a Range 1-4; een hogere score betekent meer behoefte.
^b Significant verschil tussen patiënten die curatief en patiënten die palliatief behandeld worden.

TABEL 5: LEEFTIJDVERSCHILLEN IN RELATIE TOT COMMUNICATIEBEHOEFTE EN BEHANDELDOEL (N = 342).

Communicatie-behoefte	Curatief (n = 256)				Palliatief (n = 86)				Totale groep (curatief en palliatief) (n = 342)			
	Leeftijd < 65 (n = 209)		Leeftijd ≥ 65 (n = 47)		Leeftijd < 65 (n = 60)		Leeftijd ≥ 65 (n = 26)		Leeftijd < 65 (n = 269)		Leeftijd ≥ 65 (n = 73)	
	M ^a	SD	M ^a	SD	M ^a	SD	M ^a	SD	M ^a	SD	M ^a	SD
Informatie over werking chemotherapie	3,1	0,4	3,1 ^{d*}	0,5	3,0	0,4	2,9 ^{d*}	0,6	3,1	0,4	3,0	0,5
Informatie over omgaan met klachten	3,0	0,4	3,0 ^{d*}	0,5	3,0 ^c	0,4	2,7 ^{c,d*}	0,5	3,0 ^{e*}	0,4	2,9 ^{e*}	0,5
Realistische verwachtingen/prognose	2,8 ^{b*}	0,8	3,1 ^{b*}	0,7	2,8	0,8	2,9	1,0	2,8	0,8	3,0	0,8
Persoonlijke afstemming	2,8	0,4	2,9	0,5	2,7	0,5	2,7	0,7	2,8	0,5	2,8	0,6
Interpersoonlijke communicatie	2,7	0,7	2,9	0,7	2,7	0,7	2,5	0,8	2,7	0,7	2,7	0,8
Coping communicatie	2,7	0,5	2,6	0,6	2,6	0,5	2,4	0,1	2,7 ^{e*}	0,5	2,5 ^{e*}	0,6
Affectieve communicatie	3,1	0,4	3,1	0,4	3,0	0,5	2,9	0,6	3,1	0,5	3,0	0,5

* p < 0,05.
^a Range 1-4; een hogere score betekent meer behoefte.
^b Significant verschil tussen patiënten < 65 jaar en patiënten ≥ 65 jaar die curatief behandeld worden.
^c Significant verschil tussen patiënten < 65 jaar en patiënten ≥ 65 jaar die palliatief behandeld worden.
^d Significant verschil tussen patiënten ≥ 65 jaar die curatief en patiënten < 65 jaar die palliatief behandeld worden.
^e Significant verschil tussen patiënten < 65 jaar en patiënten ≥ 65 jaar (totale groep curatief en palliatief).

TABEL 6: SEKSEVERSCHILLEN IN RELATIE TOT COMMUNICATIEBEHOEFTE EN BEHANDELINGSDOEL (N = 342).

Communicatie-behoefte	Curatief (n = 256)				Palliatief (n = 86)				Totale groep (curatief en palliatief) (n = 342)			
	Man (n = 63)		Vrouw (n = 193)		Man (n = 50)		Vrouw (n = 36)		Man (n = 113)		Vrouw (n = 229)	
	M ^a	SD	M ^a	SD	M ^a	SD	M ^a	SD	M ^a	SD	M ^a	SD
Informatie over werking chemotherapie	3,1	0,5	3,1	0,4	2,9	0,5	3,1	0,4	3,0 ^e	0,5	3,1 ^e	0,4
Informatie over omgaan met klachten	3,0	0,5	3,1	0,4	2,9	0,5	3,0	0,4	2,9 ^e	0,5	3,0 ^e	0,4
Realistische verwachtingen/prognose	2,8	0,8	2,9	0,8	2,8	0,9	2,8	0,9	2,8	0,8	2,9	0,8
Persoonlijke afstemming	2,8	0,5	2,8	0,5	2,6	0,6	2,8	0,6	2,7	0,5	2,8	0,5
Interpersoonlijke communicatie	2,8 ^d	0,6	2,7	0,7	2,6 ^d	0,8	2,7	0,7	2,7	0,7	2,7	0,7
Coping communicatie	2,5 ^{b*}	0,6	2,7 ^{b*}	0,5	2,4 ^{c**}	0,6	2,7 ^{c**}	0,5	2,5 ^{e***}	0,6	2,7 ^{e***}	0,5
Affectieve communicatie	3,0 ^{b**}	0,4	3,2 ^{b**}	0,4	2,9 ^{c*}	0,5	3,1 ^{c*}	0,5	2,9 ^{e**}	0,5	3,2 ^{e**}	0,5

* p < 0,05.
 ** p < 0,01.
 *** p < 0,001.
^a Range 1-4; een hogere score betekent meer behoefte.
^b Significant verschil tussen mannen die curatief en vrouwen die curatief behandeld worden.
^c Significant verschil tussen mannen die palliatief en vrouwen die palliatief behandeld worden.
^d Significant verschil tussen mannen die curatief en mannen die palliatief behandeld worden.
^e Significant verschil tussen mannen en vrouwen (totale groep curatief en palliatief).