Jasmine Andries
Post academische vorming: Psycho-oncologie 2006-2007
VUB-CHi

Eindwerk

De oudere kankerpatiënt en het slechtnieuwsgesprek in de palliatieve fase

Dankwoord:

Graag wil ik kort enkele mensen bedanken:
Myriam Appeltant om mij de kans te geven om de opleiding psycho-oncologie te volgen, Ruth Raymaekers en Ewald Pauwels voor de ondersteuning en hulp bij de verwerking van de statistische gegevens, mijn zus voor de hulp bij de lay out, Wim Schrauwen voor de begeleiding in de praktijksessies en last but not least mijn partner voor zijn geduld en steun op stressvolle momenten.

Inhoudstafel

1. Inleiding **1**

1.1 Algemeen *1*

1.2 Kanker en slechtnieuwsmededeling: standpunt van de arts *1*

1.3 Kanker en slechtnieuwsmededeling: standpunt familie en patiënt *3*

1.4 Oudere kankerpatiënten en slechtnieuwsmededeling *4*

2. Onderzoeksopzet **6**

2.1 Participanten en proefopzet *6*

2.2 Vragenlijst en werkwijze 7

3. Resultaten **8**

4. Discussie **11**

5. Referenties

6. Bijlage

Abstract:

Het doel van onze studie was om na te gaan hoe de oudere kankerpatiënt het slechtnieuwsgesprek op emotioneel gebied beleeft en anderzijds welke situationele factoren een invloed kunnen hebben op hun ervaring.
Het onderzoek liep over een periode van 10 maanden waarin 30 palliatieve kankerpatiënten een zelf samengestelde vragenlijst (18 items) aangeboden kregen tijdens opname in het ziekenhuis. De gemiddelde leeftijd was 78.7 jaar (SD = 7.23) en 58% van de patiënten waren mannen.
Uit de resultaten blijkt dat de meeste patiënten opgelucht zijn dat ze zijn ingelicht (80%), dat er meestal (53.3%) niemand aanwezig was bij het gesprek en dat er nadien geen opvang was door een hulpverlener (76.7%) hoewel de patiënten hier wel behoefte aan hadden (55%). Er werd een trend gevonden tussen het al dan niet opgelucht zijn en de houding van de arts, aanwezigheid van anderen tijdens het gesprek, de tijd die de arts nam, het feit of de familie reeds voordien was ingelicht of niet en de behoefte aan opvang na het gesprek.
Oudere kankerpatiënten hechten veel belang aan het krijgen van informatie over hun gezondheidstoestand, de ondersteuning van familie tijdens en opvang van hulpverleners na het gesprek. Verder onderzoek is nodig bij een grotere onderzoeksgroep om trends verder te kunnen uitdiepen.

De oudere kankerpatiënt en het slechtnieuwsgesprek in de palliatieve fase

1. Inleiding

1.1. Algemeen

In het jaar 2001 kregen in Vlaanderen 31.852 mensen te horen dat ze kanker hadden. Dat zijn gemiddeld 87 Vlamingen per dag. Kanker komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Gemiddeld zal één Vlaming op de drie ooit kanker krijgen. Het aantal nieuwe kankergevallen hangt zeer nauw samen met de leeftijd. De ziekte treft vooral oudere personen: ongeveer twee derde van alle vrouwen en drie kwart van alle mannen bij wie kanker werd vastgesteld, is 60 jaar of ouder op het ogenblik van de diagnose (Stichting kankerregister). Kanker is de tweede oorzaak van overlijden voor personen boven 65 jaar en 67% van de overlijdens ten gevolge van kanker treden op in de leeftijdsgroep boven 65 jaar (internet KUL).
Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat mensen boven 65 jaar voor 61% deel uit maken van de jaarlijkse nieuwe kankers en voor 70% van alle kankersterften. Ook blijkt dat ze 11 keer meer kans hebben om kanker te ontwikkelen dan mensen onder de 65 jaar (Lewis et al., 2007).
Als mensen gediagnosticeerd worden met kanker heeft dit een levensveranderende invloed op de meeste van hen. Kanker beïnvloedt het leven van de patiënt op alle aspecten. Zeker het feit dat de patiënt niet weet wat hem te wachten staat is een erg stresserende factor. Het gevoel van machteloosheid is meestal aanwezig bij de patiënt alsook bij zijn naasten (Creech, 1975).

1.2. Kanker en slechtnieuwsmededeling: standpunt van de arts

De diagnose van kanker gaat gepaard met een slechtnieuwsmededeling. Onder slechtnieuwsgesprek in de palliatieve fase verstaan we dat de arts praat over diagnose, prognose, kwaliteit van de laatste fase en de onvermijdelijkheid van de nakende dood.
Het brengen van slecht nieuws is voor de meeste artsen geen gemakkelijke opgave. Er zijn twee gespreksvaardigheden belangrijk, namelijk de vaardigheid om het slecht nieuws op een adequate manier over te brengen en de vaardigheid om adequaat te reageren op de (veelal emotionele) reacties van de patiënt op het slecht nieuws (De Valck, 2004). Artsen blijken regelmatig ineffectief te communiceren. Dit blokkerend gedrag bestaat uit specifieke gedragingen die ertoe leiden dat de patiënt niet in de gelegenheid gesteld wordt om zich te uiten (De Valck, 2004). De taal die men gebruikt om patiënten te informeren over de diagnose

is erg belangrijk: vage en ambigue terminologie kan leiden tot een verhoogde psychologische morbiditeit (Ellis & Tattersall, 1999).
Uit een studie van Gandey (2006) blijkt dat de meeste oncologen het moeilijk vinden om aan hun patiënten negatieve informatie te moeten geven over hun prognose. Velen beschrijven negatieve emoties zoals verdriet en angst maar ook gevoelens van leegte, medelijden, hoop en opluchting. De meeste artsen hebben geen plan of strategie voor handen wanneer ze slecht nieuws moeten brengen aan hun patiënten (Baile et al., 2000). Bovendien ervaren ze veel stress wanneer ze slecht nieuws moeten overbrengen aan de patiënt. Ze reageren vaak emotioneel op de stressreactie van de patiënt en hebben een gevoel van falen door niet tegemoet te komen aan de verwachtingen van de patiënt (Baile et al., 1999). Uit een studie van Grassi en collega's (2000) in Italië, bleek dat van de 675 ondervraagde artsen, 45% aangeeft dat het meedelen van de kankerdiagnose aan de patiënt altijd moet gebeuren, terwijl maar 25% dit zelf ook altijd doet in de praktijk.
Uit enkele studies blijkt dat er grote verschillen zijn over de reden waarom artsen slecht nieuws niet willen meedelen. In Japan, China en Griekenland geloven artsen dat ze patiënten de hoop ontnemen als ze vertellen over de ziekte, waardoor dit de dood alleen nog zal versnellen (Dalla-Vorgia et al., 1992; Muller & Desmond, 1992). Terwijl artsen in Groot-Brittannië de patiënten vaak niets vertellen op vraag van de familie (Jenkins, Fallowfield & Saul, 2001).

Uit onderzoek blijkt dat de voorkeur voor communicatie op het einde van het leven van de patiënt sterk individueel verschillend is (Taboda & Bruera, 2001). Maar verschillende studies bij patiënten met een vergevorderde en progressieve ziekte, wijzen aan dat er vooral drie communicatie gebieden belangrijk zijn, namelijk: informatie geven en een empathische benadering van professionelen naar patiënten toe, communicatie tussen de patiënt en hun familie over zaken met betrekking tot het einde van het leven en de communicatie tussen de verschillende professionelen over de zorg voor de patiënt (Emanuel, Fairclough, Slutsman, & Emanuel, 2000; Higginson, Wade & McCarthy, 1990; Teno 2001). Uit onderzoek blijkt dat patiënten die de communicatie stijl van hun arts hoog scoren, minder emotionele stress en hogere kanker gerelateerde self-efficacy ervaren (Zachariae et al, 2003). Uit een onderzoek van Schofield en collega's (2001) blijkt dat nieuw gediagnosticeerde kankerpatiënten vooral belang hechten aan informatie en de mogelijkheid om vragen te stellen. Het aanwezig zijn van een andere hulpverlener werd als minder belangrijk ervaren.

Het blijft voor artsen een moeilijk punt om de beslissing te nemen wanneer een kankerpatiënt in een terminale fase is beland (Gordon & Daugherty, 2003). Ondanks de ontwikkeling van prognostische modellen en instrumenten om de overleving van patiënten in de laatste fase van kanker te voorspellen, definiëren de meeste artsen hun patiënten niet als terminaal of is hun prognose te optimistisch (Glare et al, 2003; Christakis & Lamont, 2004). Dit blijkt – tegenstrijdig genoeg – vooral op te gaan voor patiënten met een zeer slechte prognose en die kort na de kankerdiagnose zullen overlijden (Vigano, Dorgan, Bruera & Suarez-Almazor, 1999). Dit kan een effect hebben op het niet op tijd doorverwijzen naar palliatieve zorg en leidt soms tot ongeplande hospitalisatie (Brinckner, Scannell, Marquet & Ackerson, 2004).

1.3. Kanker en slechtnieuwsmededeling: standpunt familie en patiënt

Uit verschillende onderzoeken bleek reeds dat patiënten over het algemeen tevreden zijn met de zorgen die ze krijgen van de artsen maar dat ze ontevreden zijn over de hoeveelheid van informatie die ze krijgen (Butow et al., 1995; Tversky & Kahneman, 1981).
Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat 90% van de bevolking zou willen weten wanneer ze een levensbedreigende ziekte hebben. Ook willen ze accurate, begrijpbare informatie hierover krijgen (Emanuall, von-Gutten & Ferris, 1999). Gelijkaardige resultaten kwamen naar voor in Koreaans onderzoek bij 380 kankerpatiënten en hun familie. Het blijkt dat de meeste kankerpatiënten (96.1%) geïnformeerd willen worden als hun ziekte in een terminale fase is en dit liefst onmiddellijk na de diagnose (71.7%) en door de behandelende arts (78.3%). De familie is minder uitgesproken hierin (Yun et al., 2004). Gelijkaardige resultaten werden gevonden in een Ierse studie van O'Keeffe, Noone, Crowe en Pillay (2000). Van de 120 bevraagde patiënten wilden 83% de waarheid weten. Terwijl maar 55% van de familieleden (partners, kinderen) akkoord waren dat de patiënt werd ingelicht. De meest gehanteerde reden waarom familie niet wou dat de patiënt werd ingelicht, was dat dit depressie of ongerustheid zou veroorzaken en de dood zou versnellen. Uit de studie blijkt eveneens dat de voorkeur van de patiënt om het al dan niet te willen weten, niet kan worden voorspeld door eerst met de familie te praten.

In België zegt de wet patiëntenrechten (KB 22/08/02) dat de patiënt recht heeft op informatie over de gezondheidstoestand. Het gaat hier over alle informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. De patiënt heeft ook het recht om niet te weten (tenzij niet meedelen ernstig nadeel kan meebrengen voor de patiënt of derden). Een arts kan enkel door een beroep te doen op de "therapeutische exceptie"

een patiënt geen informatie geven. Dit kan enkel onder volgende voorwaarden: het meedelen moet een ernstig nadeel hebben voor de patiënt, voorafgaand dient een andere beroepsbeoefenaar geraadpleegd te worden, een schriftelijke motivering dient toegevoegd te worden aan het patiëntendossier en de informatie dient wel aan een vertrouwenspersoon meegedeeld te worden.

Toch blijven sommige hulpverleners en families het moeilijk hebben om slecht nieuws mee te delen aan de patiënt. Dit kan zijn om hem/haar te sparen, maar vaak ook gewoon omdat ze bang zijn voor de reactie en niet bereid zijn om samen met de patiënt de waarheid te dragen. Hierdoor ontstaat een zeer onwaarachtige situatie. Ook als hen niets wordt verteld, voelen palliatieve patiënten over het algemeen wel aan wat er aan de hand is. Ze vangen allerlei signalen op die vaak meer zeggen dan woorden. De stervende weet op den duur genoeg, maar krijgt het signaal dat er niet over gesproken mag geworden en op deze manier ontstaan er vaak schrijnende situaties. De patiënt wordt de kans ontnomen om op zijn manier afscheid te nemen en tijdig regelingen te treffen. Het is echter maar een kleine minderheid van de mensen die niet opgewassen is tegen de mededeling dat ze wellicht binnen afzienbare tijd zullen overlijden en hierop reageert met depressie, psychose of andere (vaak psychiatrische) syndromen.

1.4. Oudere kankerpatiënten en slechtnieuwsmededeling

Bij oudere patiënten kan kanker soms minder duidelijk gediagnosticeerd worden door comorbiditeit met andere ziekten. Bovendien zoeken oudere mensen soms veel te laat medische hulp bij kankerdiagnose, ook in de terminale fase (Richards, Smit, Ramirez, Fentiman & Rubens, 1999). Ze voelen zich vaak een last voor hun omgeving maar willen in de laatste levensfase zoveel mogelijk tijd met hen doorbrengen (Thomé, Dykes, Gunnars & Hallberg, 2003). Uit een onderzoek van Aabom, Kragstrup, Vondeling, Bakkesteig en Stovring (2005) blijkt dat bejaarde patiënten en vrouwen minder vaak een formele terminale diagnose krijgen van de artsen. Terwijl het krijgen van de terminale diagnose geassocieerd kon worden met een verminderde ziekenhuisopname en een verhoogd overlijden thuis.

Het brengen van slecht nieuws naar oudere patiënten verloopt vaak moeilijker dan met andere patiënten, wat te maken heeft met verschillende factoren. Uit een studie van Kearney, Miller, Paul en Smith (2000) blijkt dat professionelen in de gezondheidszorg, ongeacht hun beroep, een negatieve attitude hebben ten aanzien van oudere patiënten. Hun draagkracht wordt onderschat en ze krijgen minder informatie. Ook uit de studie van Monfardini en collega's

(1993) bleek dat de medische benadering naar patiënten met kanker sterk gerelateerd is aan de leeftijd, wat betekent dat oudere mensen niet dezelfde hoge standaard oncologische behandeling krijgen als jongere mensen. Daarentegen blijken oudere mensen op psychosociaal vlak beter te kunnen omgaan met de diagnose van kanker dan jongere mensen (Mor, Allen & Malin, 1994; Rustoen, Mount, Wiklund & Hanestad, 1999; Sammarco 2001). Oudere patiënten hechten meer belang aan de context waarin slecht nieuws wordt verteld dan jongere mensen (Parker et al., 2001). Peetet, Abrams, Ross en Stearns (1991) namen een semi-gestructureerd interview af bij 32 kankerpatiënten om na te gaan hoe zij het slechtnieuwsgesprek over hun diagnose hadden gekregen. Daaruit bleek dat de meeste patiënten rechtstreeks werden aangesproken (84%) en dit in een aparte ruimte (75%). De manier waarop ze omgaan met de diagnose van kanker wordt mee bepaald door persoonlijke ervaringen, geschiedenis, sociale relaties, culturele waarden en klinische kenmerken van de ziekte zelf (Tishelman, 1993; Colussi et al., 2001). Oudere kankerpatiënten zijn meer geneigd om te opteren voor kwaliteit van leven in plaats van kwantiteit van leven, terwijl dit net omgekeerd is voor jong volwassen kankerpatiënten (Striggelbout, de Haes, Kiebert & Leer, 1996; Voogt et al., 2005).
Het blijkt dat oudere mensen vaak ondervertegenwoordigd zijn in onderzoeken naar kanker. Terwijl de ontwikkeling van oncologische en geriatrische zorg een uitdaging zou moeten zijn voor de volgende decennia (Lewis et al., 2007).

Zoals we reeds zagen is kanker een aandoening die vooral voorkomt op oudere leeftijd. Van alle kankerpatiënten is tweederde ouder dan 60 jaar ten tijde van het stellen van de diagnose. Het aantal ouderen met kanker zal in de komende tien jaar alleen maar stijgen. Van het totaal aantal kankerpatiënten heeft 60% één of meer andere chronische ziekten zoals diabetes en hart – en vaatziekten. Hierdoor hebben oudere kankerpatiënten vaak een verhoogde kwetsbaarheid zowel fysiek als psychisch. De zorg is momenteel nog onvoldoende gericht op het op maat behandelen van de oudere en kwetsbare patiënt.
We willen met ons onderzoek de oudere patiënt centraal stellen en nagaan hoe hij die slechtnieuwsmededeling ervaart op emotioneel gebied en anderzijds de situationele factoren bekijken die een invloed hebben op hun ervaringen. Met als doel beter in beeld te brengen waaraan ouderen belang hechten in een slechtnieuwsmededeling en anderzijds waar er in de toekomst meer nadruk op moet gelegd worden door de artsen bij het brengen van slecht nieuws.

2. Onderzoeksopzet

2.1.Participanten en proefopzet

De onderzoekspopulatie werd samengesteld uit palliatieve, geriatrische patiënten die opgenomen waren in het ziekenhuis. Het ging om zowel mannen als vrouwen boven 60 jaar. We beogen een kwalitatief onderzoek aangezien de onderzoeksgroep erg klein is en zich beperkt tot één ziekenhuis.

De demografische en medische gegevens van de participanten worden gegeven in Tabel 1:

Tabel 1: demografische en medische gegevens (N = 30)

Geslacht		
	Man	17
	Vrouw	13
Burgerlijke stand		
	Gehuwd	7
	Weduwe/weduwenaar	21
	Gescheiden	2
Leeftijd		
	Tussen 61 en 70	5
	Tussen 71 en 80	8
	Tussen 81 en 90	15
	> 90	2
Diagnose		
	Prostaatca	5
	Maagca	1
	Darm-colonca	5
	Oorspronkelijke tumor niet gekend, meta's	2
	Nierca	2
	Longca	6
	Borstca	2
	Pancreaskopca	2
	Ovariumca	1
	Schildklierca	1
Behandeling		
	Chemotherapie	6
	Radiotherapie	4
	Palliatieve zorg/comfortzorg	20

De leeftijd van de participanten varieerde tussen 62 en 95, met een gemiddelde van 78.7 jaar (SD = 7.23). Achtenvijftig procent van de patiënten waren mannen. De meeste patiënten hadden hun partner reeds verloren (70%) en de meest voorkomende diagnoses zijn longca (19.3%), prostaatca (16.7%) en darm-colonca (16.7%). 66.7% van de patiënten kreeg reeds palliatieve zorgen, terwijl 20% nog palliatieve chemo kreeg en 13.3% palliatieve radiotherapie. De tijd tussen het slechtnieuwsgesprek en de afname van de vragenlijst bedroeg over het algemeen meer dan 14 dagen (60%).

Om toegelaten te worden tot de studie moesten de patiënten minstens één week en maximum 3 maanden ingelicht zijn over de palliatieve kankerdiagnose. Onder palliatief verstaan we: de patiënt heeft een ongeneeslijke aandoening die niet meer onder controle is, die niet meer beantwoordt aan de behandeling en waarbij de patiënt duidelijk achteruit gaat.
Patiënten werden in de studie opgenomen wanneer ze akkoord gingen om deel te nemen en een geschreven informed consent hadden ondertekend. Exclusie criterium was dementie.
De studie liep van oktober 2006 tot augustus 2007. In die periode werden er 75 palliatieve patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Van deze groep werkten er uiteindelijk 30 (48%) mee aan de studie. Reden van niet-deelname: dementie (18%), terminale fase (13%), niet op de hoogte van palliatieve situatie (7%), comateuze patiënten (4%), weigering om aan onderzoek deel te nemen (3.5%), heropname in de periode van afname (3.5%), reeds langer dan drie maanden op de hoogte van palliatieve situatie (2%), een niet oncologische aandoening (0.5%) en plots overlijden (0.5%).

2.2. Vragenlijst en werkwijze

Er werd een vragenlijst samengesteld met 18 vragen die peilen naar de mening van de patiënt over het slechtnieuwsgesprek met de arts en enkele situationele factoren. Deze vragenlijst bestond hoofdzakelijk uit meerkeuzevragen en enkele open vragen (zie bijlage). De betrouwbaarheid was middelmatig (Cronbach's alpha = .58).
Patiënten werden aangesproken op de kamer met de vraag of ze wilden deelnemen aan het onderzoek. Was dit het geval dan werd de vragenlijst ter plekke afgenomen als de patiënt alleen op de kamer was. Indien de patiënt niet alleen op de kamer was, werd er naar een aparte ruimte gegaan. Bij patiënten die bedlegerig waren en die met twee op een kamer lagen, werd gevraagd aan de kamergenoot om de kamer te verlaten. De afname van de vragenlijst duurde ongeveer 20 minuten. Er werd gebruik gemaakt van het programma SPSS om de gegevens te verwerken.

3. Resultaten

Zoals reeds eerder vermeld beogen we een beschrijvende statistiek aangezien de steekproef klein is en zich beperkt tot één ziekenhuis.

De helft van de slechtnieuwsgesprekken werd gebracht in ons ziekenhuis en alle gesprekken werden door een specialist gedaan (geriater, oncoloog,…). In tabel 2 zie je de resultaten van de bevraging.

Tabel 2: frequenties van antwoorden op de vragenlijst (N = 30)

Vragen	Mogelijke antwoorden	N	%
Wanneer werd de mededeling gedaan?	Tijdens opname in het ziekenhuis	25	(83.3%)
	Ambulant op consultatie	5	(16.7%)
Waar had het gesprek plaats?	In de kamer	21	(70%)
	In een aparte ruimte	9	(30%)
Wat was de houding van de arts?	Hij bleef staan	18	(60%)
	Hij zat op stoel/bed	12	(40%)
Was u familie reeds voordien ingelicht?	Ja	12	(40%)
	Neen	15	(50%)
	Weet ik niet	2	(6.7%)
	n.v.t.	1	(3.3%)
Wie was er nog aanwezig buiten uzelf?	Niemand	16	(53.3%)
	Psycholoog	3	(10%)
	HVK	5	(16.7%)
	Partner	4	(13.3%)
	Andere familieleden	2	(6.6%)
Vindt u dat de arts voldoende tijd nam om u in te lichten?	Ja	20	(66.7%)
	Neen	10	(33.3%)
Heeft u de kans gekregen om vragen te stellen?	Ja	19	(63.3%)
	Neen	11	(36.7%)
Werd u na het gesprek opgevangen door een psycholoog, vpk of iemand anders?	Ja	7	(23.3%)
	Neen	23	(76.7%)
Zo neen, had u hier behoefte aan?	Ja	13	(55%)
	Neen	10	(45%)
Was er in de loop van de dag iemand aanwezig waar je terecht kon met je vragen?	Ja	11	(36.7%)
	Neen	19	(63.3%)
Werd er een duidelijke afspraak gemaakt rond wat er verder ging gebeuren qua behandeling?	Ja	8	(26.7%)
	Neen	22	(73.3%)
Volgde de dag nadien een follow-up gesprek en zo ja door wie?	Neen	20	(66.7%)
	Moreel consulente	3	(10%)
	Dokter assistent	1	(3.3%)
	Psycholoog	6	(20%)
Bent u opgelucht dat u bent ingelicht?	Ja	24	(80%)
	Liever niet geweten	3	(10%)
	Dubbel gevoel	3	(10%)
Planning voor de nabije toekomst	Palliatieve eenheid	6	(20%)
	RVT	4	(13.3%)
	Naar huis	17	(56.7%)
	Andere	3	(10%)
Ondertussen overleden	Ja	21	(70%)
	Neen	9	(30%)

Hieruit blijkt dat het merendeel van de patiënten de waarheidsmededeling kreeg tijdens opname in het ziekenhuis (83.3%) en dit steeds door een specialist (100%). Het gesprek had plaats in de kamer (70%), ongeacht de aanwezigheid van de kamergenoot. In het merendeel van de gesprekken bleef de arts rechtstaan (60%) en bij 40% van de bevraagden waren de familieleden reeds op voorhand ingelicht door de arts. Het is opvallend dat het merendeel van de patiënten alleen was met de arts tijdens het slechtnieuwsgesprek (53.3%) en dat de meesten onder hen (76.7%) onmiddellijk na het gesprek niet werden opgevangen door een hulpverlener (psycholoog, verpleegkundige of iemand anders) hoewel 55% daar wel behoefte aan had. Ook was er in de loop van de dag voor de meesten (63.3%) niemand aanwezig waar ze terecht konden met vragen.

66.7% van de patiënten vond dat de arts voldoende tijd had genomen om hen in te lichten en 63.3% gaf aan de kans gekregen te hebben om vragen te stellen. De meeste artsen maakten geen nieuwe afspraak met de patiënt (73.3%) maar er werd wel duidelijk gezegd wat er nog ging gebeuren qua behandeling (73.3%).

Een gering aantal patiënten (33.3%) kregen de dag nadien een follow-up gesprek met een hulpverlener: 20% werd opgevangen door een psycholoog, 10% door een moreel consulente en 3.3% door de dokter assistent. Opvallend hierbij is dat de behandelende arts of iemand van het verpleegteam niet wordt vermeld.

Een belangrijk gegeven is dat 80% van de ondervraagde patiënten uiteindelijk opgelucht is dat ze zijn ingelicht over hun palliatieve diagnose. 20% had het liever niet geweten of had er een dubbel gevoel bij.

Er werden ook nog twee open vragen gesteld. De antwoorden op de vraag “Hoe voelde u zich na het gesprek?” waren meestal negatief gestemd: ongeloof, teneergeslagen, ellendig, overrompeld, geschrokken maar niet geheel onverwacht,…

Op de vraag “Kijkt u nu anders tegenover het leven en zo ja op welke manier?”, antwoorden de meeste mensen neen (46.6%). Indien ze wel een andere kijk hadden op het leven, kwamen de volgende antwoorden het vaakst naar voren; nog zoveel te doen en nog zo weinig tijd, meer relativeren en genieten, meer tijd doorbrengen met familie, vroeger meer tijd moeten doorbrengen met familie, minder introvert zijn,…

Het merendeel van de palliatieve patiënten wou bij ontslag terug naar huis (56.7%), een minderheid naar een palliatieve eenheid (20%), RVT (13.3%), euthanasie (6.6%) of palliatieve sedatie (3.3%). Uiteindelijk is 70% van de patiënten overleden in het ziekenhuis

(zie tabel 3). Opvallend hierbij is dat geen enkele patiënt die gepland was om naar de palliatieve eenheid te gaan, daar geraakt is.

Tabel 3: verschil tussen planning naar ontslag en uiteindelijk ontslag

Planning ontslag	**Overleden in ZH**	
	Ja	Neen
Palliatieve eenheid	6	0
RVT	2	2
Naar huis	10	7
Andere (euthanasie, palliatieve sedatie)	3	0

De vraag "ben je opgelucht dat je bent ingelicht" nemen we als afhankelijke variabele zodat we aan de hand van kruistabellen enkele verbanden kunnen nagaan. Als statistische toets hanteren we χ^2, aangezien we nominale variabelen hebben. Phi (φ) is een associatiemaat voor nominale variabelen en is geschikt voor 2 X 2 tabellen. De invloed van de steekproefomvang en het aantal vrijheidsgraden op de waarde van χ^2 wordt gecorrigeerd.

We willen nagaan of er een verband bestaat tussen diegenen die niet opgelucht zijn dat ze zijn ingelicht en diegenen die het wel zijn met:

- de houding van de arts. $\chi^2 = 7.33$, ns,

  $\varphi = .494$ wat wijst op een matig verband tussen de houding van de arts en het al dan niet opgelucht zijn. De richting van het verband kunnen we niet bepalen.
- was uw familie reeds voordien ingelicht: $\chi^2 = 1.250$, ns

  $\varphi = .204$ wat wijst op een minimaal verband tussen het feit dat de familie reeds voordien was ingelicht en het al dan niet opgelucht zijn. De richting van het verband kunnen we niet bepalen.
- vindt u dat de arts voldoende tijd nam om u in te lichten: $\chi^2 = 3.00$, ns

  $\varphi = .316$ wat wijst op een matig verband tussen de tijd die de arts nam en het al dan niet opgelucht zijn. De richting van het verband kunnen we niet bepalen.
- wie was er nog aanwezig buiten jezelf: $\chi^2 = 6.078$, ns

  $\varphi = .450$ wat wijst op een matig verband tussen wie er nog aanwezig was tijdens het slechtnieuwsgesprek en het al dan niet opgelucht zijn. Opvallend hierbij is dat de patiënten geen negatief of dubbel gevoel ervaren wanneer er familie aanwezig was, tijdens

het slechtnieuwsgesprek. De aanwezigheid van een hulpverlener laat geen verschil zien met als er niemand aanwezig is.

- werd u na het gesprek opgevangen door een psycholoog, verpleegkundige of iemand anders: $\chi^2 = 1.118$, ns

  $\varphi = .193$, wat wijst op een minimaal verband tussen opgevangen worden en het al dan niet opgelucht zijn. Werd de patiënt niet opgevangen na het slechtnieuwsgesprek, dan gaf hij vaker een negatief gevoel (niet opgelucht of dubbel gevoel) aan dan diegenen die wel opgevangen werden door een hulpverlener na het gesprek.
- gekoppeld aan de vorige vraag: zo neen, had u daar behoefte aan: $\chi^2 = 3.486$, ns

  $\varphi = .341$, wat wijst op een matig verband tussen de behoefte aan opvang na het slechtnieuwsgesprek en het al dan opgelucht zijn.
- werd er een duidelijke afspraak gemaakt rond wat er ging gebeuren qua behandeling:

  $\chi^2 = .170$, ns

  $\varphi = .075$, dit wijst erop dat er geen verband bestaat tussen duidelijke afspraken rond behandeling en het al dan niet opgelucht zijn.
- heeft u de kans gekregen om vragen te stellen: $\chi^2 = .036$, ns

  $\varphi = .035$, er bestaat geen verband tussen vragen kunnen stellen tijdens het gesprek en al dan niet opgelucht zijn.

De variabele "opgelucht" wordt gehercodeerd om een t-test uit te voeren. Als afhankelijke variabele wordt "leeftijd" genomen. De Levene test bepaald welke t-test gebruikt moet worden: $F = .196$, $p = .661 > .05$. Dus we kunnen zeggen dat de varianties aan elkaar gelijk zijn en wordt de t-toets op basis van Equal Variances gebruikt, $t = -.104$, $p = .918$ en $df = 28$. Uit dit resultaat kunnen we besluiten dat er geen leeftijdsverschil is tussen de patiënten die zich opgelucht voelen en diegenen die niet opgelucht zijn

4. Discussie

Deze studie stelde de oudere patiënt centraal en ging na hoe hij/zij de slechtnieuwsmededeling ervaart op emotioneel gebied. Ook werden de situationele factoren bekeken die een mogelijke invloed zouden kunnen hebben op hun ervaringen. Met als doel beter in beeld te brengen waaraan ouderen belang hechten in een slechtnieuwsgesprek en anderzijds waar er in de toekomst meer nadruk op moet gelegd worden door de artsen bij het brengen van slecht nieuws.

De meeste patiënten worden op de kamer zelf ingelicht (70%), terwijl uit onderzoek blijkt dat een rustige ruimte waar geen onderbrekingen mogelijk zijn één van de voorwaarden is om een waarheidsmededeling op een goede manier te brengen (Emanuell, von-Gutten & Ferris, 1999). Uit een onderzoek van Peetet en collega's (1991) bleek dat 75% van de kankerpatiënten het slechte nieuws te horen hadden gekregen in een aparte ruimte. Er is dus werk aan de winkel naar een mentaliteitsverandering bij de artsen om patiënten meer apart te nemen om het slecht nieuws mee te delen. Verder onderzoek kan hiervoor een aanzet zijn.

Oudere patiënten vinden het belangrijk om uitgenodigd te worden om deel te nemen in gesprekken over de diagnose en behandeling. Zo voelen ze zich gesteund en beluisterd. Wanneer ze niet betrokken worden in het gesprek, leidt dit tot gevoelens van ongemak, onzekerheid en angst (Thomé et al., 2003). Uit ons onderzoek blijkt dat 80% van de patiënten opgelucht was dat ze waren ingelicht over de diagnose en aanwezigheid van familie is erg belangrijk.

Uit de resultaten blijkt dat er een verband is tussen wie er nog aanwezig was tijdens het slechtnieuwsgesprek en het al dan niet opgelucht zijn. Opvallend hierbij is dat de patiënten geen negatief of dubbel gevoel ervaren wanneer er familie aanwezig was. De aanwezigheid van een hulpverlener laat geen verschil zien met als er niemand bij was. Deze resultaten sluiten aan bij de studie van Schofield en collega's (2001) waar de aanwezigheid van een hulpverlener ook als minder belangrijk werd ervaren.

Er werd geen verband gevonden tussen opvang na het slechtnieuwsgesprek en het al dan niet opgelucht zijn. Wel is de behoefte aan opvang na het slechtnieuwsgesprek gerelateerd aan het al dan niet opgelucht zijn met het krijgen van het slechtnieuwsgesprek. De meeste van de patiënten werden niet opgevangen door een hulpverlener (76.7%), hoewel 55 % daar wel behoefte aan had. Naar de toekomst toe lijkt het ons dan ook belangrijk om hier meer nadruk op te leggen, voornamelijk naar de artsen toe en om dit met verder onderzoek uit te diepen.

Er werden geen verbanden gevonden tussen enerzijds het maken van afspraken rond behandeling en het al dan niet opgelucht zijn. Een mogelijke verklaring kan zijn dat patiënten hier minder belang aan hechten in de palliatieve fase. Uit enkele onderzoeken (Striggelbout et al., 1996; Voogt et al., 2005) bleek reeds dat oudere patiënten meer geneigd zijn om te opteren voor kwaliteit van leven in plaats van kwantiteit van leven, terwijl dit net omgekeerd is bij jong volwassen kankerpatiënten.

Ook werd er geen verband gevonden tussen het hebben van een follow-up gesprek en het al dan niet opgelucht zijn. Hoewel uit onderzoek blijkt dat dit toch een belangrijk onderdeel is binnen het brengen van slecht nieuws. Zo stellen Emanuel, von-Gutten en Ferris (1999) een 6-staps benadering voor een slechtnieuwsmededeling voor: (1) Schep een omgeving voor een effectieve communicatie (rustige ruimte waar geen onderbrekingen mogelijk zijn, (2) zet telefoons en biepers af), (3) zoek uit wat de patiënt al weet, (4) zoek uit hoeveel de patiënt wil weten, (5) deel de informatie mee in een directe begrijpbare manier en reageer op de ervaring van de patiënt en zijn familie, (6) plan follow-up gesprekken.

Als er in ons onderzoek toch een follow-up gesprek plaats vond (33.3%), dan gebeurde dit grotendeels door de psycholoog (20%), en in mindere mate door de moreel consultent (10%) of de dokter assistent (3.3%). Opvallend hierbij is dat de behandelende arts of iemand van het verpleegteam niet wordt vermeld. Een mogelijke verklaring hiervoor kan tijdsgebrek zijn op de afdelingen om hierop in te gaan. Patiënten verwachten dit ook niet van de arts, zo blijkt ook uit onderzoek van Parker en collega's (2001). Zij gingen in een onderzoek bij 351 kankerpatiënten na wat zij belangrijk vinden in het slechtnieuws gesprek met de arts. Daaruit bleek dat de expertise van de arts betreffende kanker, de tijd die de arts nam om op de vragen te antwoorden en de eerlijkheid van de arts betreffende de ziekte erg belangrijk zijn. De meer emotionele zaken, zoals hand vasthouden of troosten, werden het laagst gescoord. Patiënten verwachten dus niet van de arts dat ze door hem opgevangen worden maar wel dat ze duidelijk en correct worden ingelicht. De resultaten uit ons onderzoek sluiten hierbij aan: 66.7% vond dat de arts voldoende tijd nam om hen in te lichten.

Familie van oudere kankerpatiënten denken vaak dat de oudere kankerpatiënt de diagnose niet zal aankunnen of ze zijn bang voor hun reactie. Maar uit verschillende onderzoeken blijkt dat oudere kankerpatiënten op psychosociaal vlak beter met de diagnose van kanker kunnen omgaan dan jongere mensen (Mor, Allen & Malin, 1994; Rustoen et al., 1999; Sammarco, 2001). In ons onderzoek werd er een minimaal verband gevonden tussen het feit dat de familie reeds voordien is ingelicht en het al dan niet opgelucht zijn. De richting konden we jammer genoeg niet bepalen. Uit het onderzoek van O'Keeffe, Noone, Crowe & Pillay (2000) bleek dat de voorkeur van de patiënt om het al dan niet te willen weten, niet kan worden voorspeld door eerst met de familie te praten.

Er werd een matig verband gevonden tussen de houding van de arts en het al dan niet opgelucht zijn. We kunnen ervan uitgaan dat wanneer de arts gaat zitten in plaats van recht te blijven staan, dit een positievere indruk geeft op de patiënt. Er wordt voor hem tijd vrij

gemaakt en de arts praat op hetzelfde niveau van de patiënt. Verder onderzoek is hiervoor nodig bij een grotere populatie.

Er bleek en duidelijk verschil te zijn tussen de planning bij ontslag en het werkelijk ontslag. Zo overleed 70% van de patiënten in het ziekenhuis terwijl oorspronkelijk 56.7% naar huis, 20% naar een palliatieve eenheid en 13.3% naar een RVT wilden gaan. Een minderheid van de patiënten ging naar huis en geen enkele patiënt die opgeschreven stond voor een palliatieve eenheid, kwam er ook terecht. Een reden hiervoor kan zijn dat de wachtlijst van de eenheid te lang was of dat de patiënt eerder in een terminale fase zat dan in een palliatieve fase. Uit onderzoek is reeds gebleken dat oudere mensen soms veel te laat medische hulp zoeken bij de kankerdiagnose, ook in de terminale fase (Richards et al., 1999) en dat de meeste artsen hun patiënten niet als terminaal kunnen definiëren of hun prognose te optimistisch is (Glare et al., 2003, Christakis & Lamont, 2004).

Enkele beperkingen van het onderzoek

Door de kleinschaligheid van het onderzoek (kleine groep, beperkt tot één ziekenhuis) kunnen we de resultaten niet veralgemenen. De gebruikte vragenlijst had een middelmatige betrouwbaarheid, misschien kunnen andere meetinstrumenten meer relaties aan het licht brengen. Ook geven de gevonden verbanden een bepaalde trend aan maar geen richting. In toekomstig onderzoek zou dit verder uitgediept kunnen worden.

Tevens was ons onderzoek beperkt door enkel de patiënten te bevragen. Het zou interessant zijn om in onderzoek de standpunten over het slechtnieuwsgesprek van patiënt en arts naast elkaar te leggen en kijken waar de overeenkomsten en verschillen zich situeren.

Ons onderzoek had oorspronkelijk de opzet om ook niet-oncologische kankerpatiënten te bevragen, maar aangezien er in de afname periode maar één patiënt met een niet-oncologische aandoening werd opgenomen, dienden we de proefgroep te beperken tot de oncologische oudere kankerpatiënten. In toekomstig onderzoek zou het interessant zijn om deze groep er ook bij te nemen omdat zij ook vaak over het hoofd wordt gezien, zeker in een palliatieve fase.

Ten slot lijkt het ons interessant om in verder onderzoek na te gaan of de kijk op het leven en omgaan met de diagnose mee beïnvloed wordt door de persoonlijke ervaring, de geschiedenis, de sociale relaties, de culturele waarden van de patiënt en de klinische kenmerken van de ziekte zoals in onderzoek van Tishelman (2003) en Colussi en collega's (2001) het geval was.

We hopen met dit onderzoek een aanzet te kunnen geven naar verder onderzoek bij oudere patiënten. Door de vergrijzing van de bevolking maken zij steeds een groter deel uit van de populatie die een verhoogde kwetsbaarheid heeft op zowel psychisch als fysisch vlak. Door middel van uitgebreider onderzoek kan men beter nagaan waar de zorg op maat begint voor deze patiënten en hoe we daar het beste kunnen op in spelen.

Referenties

Aabom, B., Kragstrup, J., Vondeling, H., Bakkesteig, L.S., Stovring, H. (2005). Defining cancer patients as being in the terminal phase: Who receives a formal diagnosis, and what are the effects? *Journal of Clinical Psychology, vol. 23, No 30*, 7411-7416.

Arnold, R.L., Eegan, K. (2004). Breaking the Bad news to patients and families: Preparing to have the conversation about end-of-life and hospice care. *American Journal of Geriatric Cardiology, 13 (6*), 307-312.

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000). SPIKES: A six step protocol for delivery bad news: Applications to the patients with cancer. *Oncologist, 5,* 302-311.

Baile, W.F., Kudelka, A.P., Beale, E.A., Glober, G., Myers, E.G., Greisinger, A.J., Bast Jr, R.C., Goldstein, M.G., Novack, M.G., Lenzi, R. (1999). Communication skills training in oncology. *Cancer, 86*, 887-897

Brinckner, L., Scannell, K., Marquet, S., Ackerson, L. (2004). Barriers to hospice care and referrals: Survey of physicians' knowledge, attitudes and perceptions in a health maintenance organization. *Journal of Palliative Medicine, Vol. 7, No. 3,* 411-418.

Butow, P.N., Kazem, J.N., Beeny, L.J., Groffin, A-M., Dunn, S.M., Tattersall, M.H.N. (1995). When the diagnose is cancer. Patient communication experiences and preferences. *Cancer, 77,* 2630-2637

Christakis, N.A., Lamont, E.B. (2004). Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *British Medical Journal, 320,* 469-472.

Creech, R.H. (1975). The psychological support of the cancer patient: a medical oncologist's viewpoint. *Sem Oncology 2,* 285-292

Colussi, A.M., Mazzer, L., Candotto, D., De Biasi, M., De Lorenzi, L., Pin, I., Pusiol , N., Pomanin, C. Zamattio, V. (2001). The elderly cancer patients: a nursing perspective. *Critical Reviews in Oncology, 39 (3),* 235-245.

Dalla-Vorgia, P., Katsouyanni, K., Garanis, T. N., Touloumi, G., Drogani, P., Koutselinis, A. (1992). Attitudes of a Mediterranean population to the truth-telling issue. *Journal of Medical Ethics, 18*, 67-74

De Valck, C. (2004). Slechtnieuwsmededeling:hoe reageren op gevoelsgeladen sigbnalen van de patiënt? *Nederlands tijdschrift voor palliatieve zorg, 4*, 88-89.

Ellis, P.M., Tattersall, M.H. (1999). How Should doctors communicate the diagnose of cancer to patients? *Annual Medicine, 31,* 336-341

Emanuel, E.J., Fairclough, P.L., Slutsman, J., & Emanuel, L.L. (2000). Understanding economic and other burden of terminal illness: the experiences of patients and their caregivers. *Annals of Internal Medicine, 132*, 451-459.

Emanuel, L.L., von-Gutten, C.F., Ferris; F.D. *Education for physicians on end-of-life-care: Trainers guide*. Chicago Robert Wood Johnson Foundation; 1999.

Gandey, A. (2006). Oncologists struggle with giving patients bad news. *Journal of Clinical Oncology, 24, 3217*

Glare, P., Virik, K., Jones, M., Hudson, M., Eyckmuller, S., Simez, J., Christakis, N. (2003). A systematic review of physicians' survival predictors in terminally ill cancer patients. *British Medical Journal, July, 327 (7408),* 195.

Gordon, E.J., Daugherty, C.K. (2003). Hitting you over the head: Oncologists' disclosure of prognosis to advanced cancer patients. *Bioethics, 17*, 142-168.

Grassi, L., Giraldi, T., Messina, E.G., Magnani, K., Valle, E., Cartei, G. (2000). Physicians' attitudes to and problems with truth telling to cancer patients. *Support Care Cancer, Jan, 8(1),* 40-45.

Higginson, I.J., Massimo, C. (2002). Communication in End – of Life cancer care : a comparison of team assessments in three European countries. *Journal of Clinical Oncology, Vol. 20, No 17*, 3674-3682.

Higginson, I.J., Wade, A., & McCarthy, M. (1990). Palliative care views of patients and their families. *British Medical Journal, 301*, 277-281.

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

Kearney, N., Miller, M., Paul, J., Smith, K. (2000). Oncology healthcare professionals' attitudes toward elderly people. *Annual Oncology, 11(5),* 599-601

Lewis, J. H., Kilgore, M. L., Goldman, D. P., Trimble, E.L., Kaplan, R., Montello, M. J., Housman, M. G., and Escare, J. J. (2007). Participation of patients 65 years of age or older in cancer clinical trials. *Journal of Clinical Oncology, Vol. 21, No. 7,* 1383-1389

Monfardini, S., Aapro, M., Ferrucci, L., zagonel, V., Scalliet, P., Fentiman, I. (1993). Comissoin of the European Communities "Europe Against Cancer" programme. European school of oncology advisory report. Cancer treatment in the elderly. *European Journal of Cancer, 29A (16),* 2325-2330.

Mor, V., Allen, S., Malin, M. (1994). The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer, 74*, 2118-2127

Muller, J. H., Desmond, B. (1992). Ethical dilemmas in a cross-cultural context : a Chinese example. *Western Journal of Medicine, 157*, 323-327.

O'Keeffe, S.T., Noone, I., Crowe, M., Pillay, I. (2000). Telling the truth about cancer: views of elderly patients and their relatives. *Irish Medical Journal, June, 93 (4),* 104-105.

Parker, P.A., Baile, W.F., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P., and Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patient's preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology, 19 (7),* 2049-2056

Peteet, J., Abrams, H., Ross, D. M., Stearns, N.M. (1991): Presenting a diagnosis of cancer: Patient's views. *The Journal of Family Practice, 32(6),* 577-581

Richards, M.A., Smith, P., Ramirez, A.J., Fentiman, I.S., Rubens, R.D. (1999). The influence on survival of delay in de presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *British Journal of Cancer, 79*, 858-864.

Rustoen, T., Moun, T., Wiklund, I., Hanestad, B.R. (1999). Quality of life in newly diagnosted cancer patients. *Journal of Advanced Nursing, 29 (2),* 490-498.

Sammarco, A. (2001). Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. *Cancer Nursing, 24 (4),* 272-277.

Schoffield, P.E., Beeney, L.J., Thompson, J.F., Butow, P.N., Tattersall, M.H., Dunn, S.M. (2001). Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Annual Oncology, 12 (3),* 365-371.

Stiggelbout, A.M., de Haes, J.C., Kiebert, G.M., Kievit, J., Leer, J.W.H. (1996). Tradeoffs between quality and quantity of life: Development of the QQ Questionnaire for cancer patient attitudes. *Medical Decision Making, 16*, 184-196.

Taboda, P., Bruera, E. (2001). Ethical decision making on communication in palliatieve cancer care: A personalist approach . *Support Care Cancer, 9,* 335-343

Teno, J.M. Quality of care and quality indicators for lives ended by cancer. In: Foley, K.M. & Gelband, H. Improving palliative care for cancer. Washington, DC: national Academy Press, 2001.

Thomé, B., Dykes, A.K., Gunnars, B., Hallberg, I.R. (2003). The experience of older people living with cancer. *Cancer Nursing, Vol. 26, No 2*, 85-96.

Tishelman, C. (1993). Patients descriptions of age-related aspects of cancer and care in Stockholm. Cancer Nursing, 16(4), 270-282.

Tversky, A., Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science, 211,* 453-458

Vigano, A., Dorgan, M., Bruera, E., Suarez-Almazor, M.E. (1999). The relative accurancy of the clinical estimation of the duration of life for patients with end of life cancer. *Cancer, 86*, 170-176.

Voogt, E., van der Heide, A., Rietjens, J.A.C., van Leeuwen, A.F., Visser, A.P., van der Rijt, C.C.D., and van der Maas, P.J. (2005). Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. *Journal of Clinical Oncology, Vol. 23, No 9,* 2012-2019.

Yun, Y. H., Lee, C. G., Kim, S., Lee, S., Heo, D. S., Kim, J. S., Lee, K. S., Hong, Y., S., Lee, J., S., You, C. H. (2004). The attitudes of cancer patients and their Families toward the disclosure of terminal illness. *Journal of Clinical Oncology, 22, 2,* 307-314

Zachariae, R., Pedersen, C.G., Jensen, A.B., Ehrnrooth, E., Rossen, P.B., von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer, 88*, 658-668.

BIJLAGE: VRAGENLIJST

Vragenlijst slechtnieuwsgesprek

Demografische gegevens:

Man/vrouw:
Leeftijd:
Burgelijke stand:
Opgenomen in Hoge Beuken sinds:
Diagnose:
Plaats en datum van het slechtnieuwsgesprek:
Arts:
Identificatienummer:
Tijd tussen slechtnieuwsgesprek en afname vragenlijst:

Vragenlijst:

1. Wanneer werd de mededeling gedaan?
   a. Tijdens opname in het ziekenhuis
   b. Ambulant op consultatie
   c. Andere

2. Door welke arts werd u ingelicht?
   a. huisarts
   b. specialist
   c. andere

3. Waar had het gesprek plaats?
   a. In de kamer
   b. In een aparte ruimte
   c Andere

4. Wat was de houding van de arts?
   a. Hij bleef rechtstaan
   b. Hij zat op een stoel
   c. andere:_____

4. Was uw familie reeds voordien ingelicht?
   a. Ja
   b. Neen
   c. weet ik niet

5. Wie was er aanwezig buiten uzelf en de arts?

_____
_____
_____

6. Vindt u dat de arts voldoende tijd nam om uw in te lichten?

_____
_____

7. Heeft u de kans gekregen om vragen te stellen?
   a. ja
   b. neen

8. Werd u na het gesprek opgevangen door een psycholoog, een verpleegkundige of iemand anders?
   a. ja
   b. neen

9. Zo neen, had u daar behoefte aan op dat moment?
   a. ja
   b. neen

10. Was er in de loop van de dag iemand aanwezig waar je terecht kon met je vragen?
    a. ja, wie?_____
    b. neen

11. Werd er een datum afgesproken voor een volgend gesprek met de arts?
    a. ja
    b. neen

12. Werd er een duidelijke afspraak gemaakt rond wat er verder ging gebeuren qua behandeling?
    a. ja
    b. neen

13. Volgde de dag nadien een follow-up gesprek en zo ja door wie?

_____

_____

14. Hoe voelde u zich na het gesprek?

_____

_____

_____

15. Bent u opgelucht dat u bent ingelicht?

_____

_____

_____

16. Kijkt u nu anders t.a.v. het leven dan voordien en zo ja op welke manier?

_____

_____

_____

17. Welke behandeling krijgt u nog?
    a. chemotherapie
    b. radiotherapie
    c. palliatieve zorg/comforttherapie
    d. andere

18. Wat is de planning in de nabije toekomst?
    a. palliatieve eenheid
    b. RVT
    c. Naar huis
    d. Andere_____

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst
Jasmine Andries