

**Het medisch en verpleegkundig consult:  
de invloed van de inhoud op de tevredenheid  
van patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halskanker**

Naam:	A.G. Hazeleger
Studentnummer:	0442909
Blok:	Uitvoering afstudeerproject, blok 6
Status:	definitief
Datum:	26 juni 2009
Eerste begeleider:	dr. W.J.G. Ros
Tweede beoordelaar:	dr. J.R.J. de Leeuw
Stage-instelling:	Universiteit Utrecht
Aantal woorden:	6.223
Engelstalige abstract:	275 woorden
Nederlandse samenvatting:	258 woorden
Tijdschrift:	Patient Education and Counseling
Referentiestijl:	BMJ
Opleiding:	Masteropleiding Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht
Bijlagen:	Registratieformulier Berekening interraterbetrouwbaarheid

## **Abstract**

**Objective:** To explore if there will be more attention for psychosocial problems by patients treated for head and neck cancer in nursing consults than in medical consults. If more attention meets the needs of these patients and if more attention leads to more patient satisfaction.

**Methods:** Data from 24 patients are included. The intervention group of 12 patients consults a doctor and a nurse, the control group of 12 patients just consults a doctor. In total 36 digital recorded consults (12 medical intervention group consults, 12 medical control group consults, 12 nursing intervention group consults) were evaluated. An assessment tool is developed for assessing the content of the medical and nursing consults. Patients completed a questionnaire. They mentioned important topics to talk about with the doctor and/ or nurse. They gave their opinion of satisfaction about these consults. Differences between intervention group and control group were analysed by comparing means (T-tests) and percentages.

**Results:** Nurses talked about more different psychosocial issues. Patients often wanted to talk about physical problems. Addressing more psychosocial issues did not give more satisfaction.

**Conclusion:** Nurses gave more attention for psychosocial problems than doctors. More attention to psychosocial problems did not meet the needs of patients. More attention to psychosocial problems did not lead to more patient satisfaction.

**Practice implications:** The results of this study are based on a small sample. In this study just the content of the consults are assessed. A research based on a larger sample is recommended. Investigation of the quality of the consults and the expectations of patients about these consults is also recommended.

**Keywords:** Nursing consult, medical consult, patient satisfaction, head and neck cancer

## **Samenvatting**

**Doel:** Verkennen of in verpleegkundige consulten meer aandacht is voor psychosociale problemen bij patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halskanker dan in medische consulten, of meer aandacht hiervoor aansluit bij de behoeften van patiënten en leidt tot een hogere patiënttevredenheid.

**Methode:** 24 patiënten zijn geïnccludeerd. De 12 patiënten in de interventiegroep ontvangen naast medische consulten ook verpleegkundige consulten. De 12 patiënten in de controlegroep ontvangen alleen medische consulten. Met behulp van een voor dit onderzoek ontwikkeld formulier is van 36 digitaal opgenomen consulten (12 medische interventiegroepconsulten, 12 medische controlegroepconsulten en 12 verpleegkundige interventiegroepconsulten) beoordeeld welke onderwerpen aan de orde kwamen. Op basis van de 24 bijbehorende, door patiënten ingevulde vragenlijsten, is beoordeeld welke onderwerpen patiënten graag wilden bespreken en hoe tevreden zij over de consulten waren. De verschillen tussen interventie- en controlegroep zijn geanalyseerd door gemiddelden (T-tests) en percentages te vergelijken.

**Resultaten:** In de verpleegkundige consulten werden meer psychosociale onderwerpen besproken dan in de medische consulten. Patiënten wilden vooral fysieke onderwerpen bespreken. Meer aandacht voor psychosociale onderwerpen leidde niet tot een hogere patiënttevredenheid.

**Conclusie:** Verpleegkundigen besteedden meer aandacht aan psychosociale problemen dan artsen. Meer aandacht voor psychosociale problemen sloot niet aan bij de behoeften van patiënten en leidde niet tot een hogere patiënttevredenheid.

**Praktische implicaties:** De uitkomsten van deze deelstudie zijn gebaseerd op een kleine steekproef. Bovendien is alleen de inhoud van de consulten beoordeeld. Aanbevolen wordt een onderzoek met een grotere steekproef waarbij ook de kwaliteit van de consulten wordt beoordeeld en de verwachtingen die patiënten van deze consulten hebben.

**Trefwoorden:** medisch consult, verpleegkundig consult, patiënttevredenheid, hoofd-halskanker

## 1. Inleiding

### 1.1. Achtergrond

Patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halskanker ervaren vaak na de behandeling fysieke en psychosociale klachten, zoals pijn, problemen met slikken, vermoeidheid, angst voor recidief en depressiviteit [1-8].

Pijn werd bij 50% of meer van de respondenten vastgesteld in twee verschillende onderzoeken. De pijn werd ervaren zes tot twaalf maanden na een behandeling met radiotherapie en in de tweede studie vanaf ongeveer drie maanden tot twaalf jaar na een operatie.

Problemen met slikken kwam voor bij meer dan 60% van de participanten zes tot twaalf maanden na radiotherapie. Beperkingen in dagelijkse en sociale activiteiten door pijn en de lichamelijke conditie kwam bij respectievelijk 30% en 60% van de respondenten voor zes tot twaalf maanden na radiotherapie. Angst voor recidief kwam drie maanden na behandeling tegen orofaciale kanker bij 80% van de respondenten voor. Eén tot drie jaar na verschillende soorten behandelingen tegen hoofd-halskanker kon nog 20% geclassificeerd worden als mogelijk depressief.

In een lopend promotie-onderzoek, de Nurse Counseling and After Intervention, verder te noemen NUCAI-studie [9], wordt het effect onderzocht van uitgebreide counseling, uitgevoerd door een gespecialiseerd verpleegkundige, op kwaliteit van leven en depressieve symptomen bij patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halstumoren.

De uitgebreide counseling door een verpleegkundige (verder te noemen verpleegkundig consult) is in de NUCAI-studie ingevoerd als interventie naast het medisch consult. Doel van het verpleegkundig consult is de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren door patiënten te ondersteunen bij het omgaan met fysieke symptomen en beperkingen, en bij emotionele problemen, onzekerheid en angst voor terugkeer van de ziekte.

Verwacht wordt dat met de toevoeging van het verpleegkundig consult meer aansluiting is bij de behoeften van patiënten. De verwachting is dat in het verpleegkundig consult meer aandacht is voor het omgaan met symptomen en problemen in het dagelijks leven als gevolg van de ziekte en/ of de behandeling dan wellicht in het medisch consult het geval is. Artsen bezien vaak het probleem vanuit hun biomedische expertise. Voor de informatiebehoefte, de emotionele en psychologische problemen van patiënten is in het medisch consult meestal minder aandacht [10-13]. Bovendien ontbreekt het artsen vaak aan tijd om ondersteuning te geven in het omgaan met symptomen, mutilaties en beperkingen na behandeling en bij problemen bij het hervatten van activiteiten van het dagelijks leven [14].

Patiënten zijn meer gericht op zorgaspecten met betrekking tot kwaliteit van leven en het integreren van hun ziekte in het dagelijks leven [15]. Verwacht wordt dat wanneer zorgverleners meer aandacht besteden aan het omgaan met symptomen en problemen in het dagelijks leven,

patiënten meer tevreden zijn over het consult, minder depressief zijn en een hogere kwaliteit van leven ervaren.

De NUCAI-studie is een experimenteel onderzoek. De geïncludeerde patiënten worden twee jaar gevolgd vanaf het einde van de behandeling.

De controlegroep ontvangt de gebruikelijke zorg. Deze zorg bestaat uit een medisch consult eens per twee maanden gedurende een periode van twee jaar na het beëindigen van de behandeling. De experimentele groep ontvangt dezelfde gebruikelijke zorg in het eerste jaar na de behandeling, aangevuld met een verpleegkundig consult. Het verpleegkundig consult vindt eveneens elke twee maanden plaats en is gekoppeld aan het medisch consult. De interventie bestaat derhalve uit zes verpleegkundige consulten. In het tweede jaar krijgen patiënten in de experimentele groep dezelfde zorg als de patiënten in de controlegroep.

Alle geïncludeerde patiënten vullen vóór de behandeling één keer een vragenlijst in en vervolgens 3, 6, 9, 12, 18 en 24 maanden na het beëindigen van de behandeling. De vragenlijsten 6, 12, 18 en 24 maanden na behandeling zijn uitgebreidere vragenlijsten, waarin ook vragen gesteld worden over het laatste medische en/ of verpleegkundige consult.

In de NUCAI-studie wordt gebruik gemaakt van een verpleegkundig protocol. Dit protocol bevat de onderwerpen die belangrijk zijn voor patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halskanker [16].

## 1.2. Deelstudie

Dit onderzoek is een verkennend onderzoek naar een aantal verwachtingen uit de NUCAI-studie: of er in het verpleegkundig consult meer aandacht is voor psychosociale problemen dan in het medisch consult, of dit aansluit bij de behoeften van patiënten, en of patiënten meer tevreden zijn over de consulten als er meer aandacht is voor psychosociale problemen. Beoordeeld is of de resultaten van de deelstudie deze verwachtingen ondersteunen.

De onderzoeksvraag luidt: Is er een verband tussen de inhoud van een medisch of verpleegkundig consult en de patiënttevredenheid van patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halskanker?

Deelvragen zijn:

1. Welke onderwerpen komen aan de orde in het medisch en verpleegkundig consult?
  - a. worden de voor patiënten belangrijke onderwerpen besproken in het medisch en verpleegkundig consult?
  - b. in hoeverre komen de onderwerpen die patiënten zelf aangeven aan de orde in het medisch en verpleegkundig consult?
2. In welke mate zijn patiënten tevreden over het medisch en/ of verpleegkundig consult?
3. In hoeverre is de inhoud van het consult van invloed op de patiënttevredenheid?

## 2. Methode

### 2.1. Soort onderzoek

Deze deelstudie is een kwantitatief, exploratief onderzoek.

### 2.2. Steekproef en inclusiecriteria

De onderzoekspopulatie bestaat uit patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halskanker en participeren in de NUCAI-studie. In de NUCAI-studie is gebruik gemaakt van een gelegenheidssteekproef.

In de NUCAI-studie zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

1. Patiënten met plaveiselcelcarcinoom in de mondholte, mond-keelholte, hypo-pharynx of strottenhoofd, en curatief behandeld werden door middel van chirurgie, radiotherapie en/of chemotherapie.
2. Geen eerdere of gelijktijdige maligniteiten, uitgezonderd:
  - adequaat behandeld plaveiselcel- of basaalcelcarcinoom van de huid of niet-uitgezaaid cervixcarcinoom.
  - gelijktijdig tweede plaveiselcelcarcinoom van de mondholte, keelholte of strottenhoofd dat ook curatief behandeld kon worden.
3. In staat om de vragenlijst in te vullen.

In de NUCAI-studie zijn 213 patiënten geïnccludeerd, die at random zijn ingedeeld in de interventie- en controlegroep.

De steekproef van de deelstudie bestond uit 24 patiënten. De deelstudie is een verkennende studie, waarin voorafgaand aan de kwantitatieve analyse kwalitatieve data zijn verzameld. Bij dit type onderzoek is een klein aantal respondenten gebruikelijk.

Van de 24 patiënten behoorden er 12 tot de interventiegroep en 12 tot de controlegroep.

Van de door deze patiënten ingevulde vragenlijsten zijn de derde en vijfde vragenlijst geselecteerd. Dit waren de vragenlijsten die zes en 12 maanden na het beëindigen van de behandeling zijn ingevuld. Daarin waren ook vragen opgenomen over de mate waarin patiënten tevreden zijn over het laatste consult voorafgaand aan de vragenlijst. Bij deze vragenlijsten zijn de consulten gezocht die correspondeerden met de betreffende vragenlijsten. De data voor de deelstudie betroffen in totaal 24 vragenlijsten en 36 digitaal opgenomen consulten. De consulten bestonden uit 12 medische consulten uit de interventiegroep, 12 medische consulten uit de controlegroep en 12 verpleegkundige consulten uit de interventiegroep.

Inclusiecriteria voor de deelstudie waren:

1. Volledigheid: Een volledige set data bestond voor de interventiegroep uit een medisch consult, een verpleegkundig consult, en een volledig ingevulde vragenlijst waarin de patiënt

zijn oordeel gaf over de desbetreffende consulten. Voor de controlegroep omvatte een volledige dataset het medisch consult en de daarmee corresponderende volledig ingevulde vragenlijst.

2. Analyseerbaarheid: De verpleegkundige en medische consulten moesten analyseerbaar (verstaanbaar) zijn en de vragenlijsten goed ingevuld.

Alle data (ingevulde vragenlijsten en opgenomen consulten) waren reeds verzameld in de NUCAI-studie.

### *2.3. Ethische aspecten*

Voor de NUCAI-studie is toestemming verkregen van de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) Utrecht. Patiënten hebben in het kader van de NUCAI-studie ook toestemming gegeven voor opname van de consulten op voice-recorders en voor het beluisteren en analyseren van de consulten voor onderzoeksdoeleinden.

### *2.4. Variabelen en kernbegrippen*

Onder medisch consult wordt verstaan de oncologische follow up voor patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halskanker, uitgevoerd door een arts. De eerste twee jaar na het beëindigen van de behandeling is er elke twee maanden een consult bij de arts voor zowel de interventie- als de controlegroep.

Met het verpleegkundig consult wordt de uitgebreide counseling bedoeld, die gegeven wordt door een daartoe opgeleid verpleegkundig specialist. Dit is de interventie uit de NUCAI-studie. De counseling bestaat uit zeven consulten, verdeeld over een periode van één jaar. In deze consulten wordt zoveel mogelijk geprobeerd de thema's aan de orde te stellen waarvan uit de literatuur is gebleken dat ze voor patiënten belangrijk zijn.

Het verpleegkundig protocol dat gebruikt wordt in de NUCAI-studie bevat de onderwerpen waarvan uit de literatuur is gebleken dat ze belangrijk zijn voor patiënten met hoofd-halskanker. Het protocol bevat de volgende onderwerpen:

- thuissituatie: gezinssamenstelling en woonomstandigheden
- lichamenlijk functioneren: algemene conditie, vermoeidheid en pijn, functies hoofd/hals, praktische steun
- sociaal en maatschappelijk functioneren: gezinsleven en rol van de partner, werkhervatting en opleiding, sociale contacten, sociale steun, vrijetijdsbesteding en ontspanning, inkomen en verzekeringen, vooroordelen/mythen/stigma, uiterlijk
- psychisch functioneren: gevoelens/emoties, zorgen over terugkeer van de ziekte, zelfbeleving, emotionele steun van anderen, intimiteit en seksueel functioneren.

Voor de onderwerpen uit de consulten die niet in één van deze categorieën pasten, is de categorie 'Overig' toegevoegd. De categorieën sociaal en maatschappelijk functioneren, en psy-

chisch functioneren zijn bij de bespreking van de resultaten samengevoegd tot psychosociale onderwerpen. Bij het onderscheid tussen welke onderwerpen aan de orde kwamen in de medische en verpleegkundige consulten gaat het erom te weten te komen of in de verpleegkundige consulten meer aandacht is voor psychosociale onderwerpen dan in de medische consulten. De inhoud van de consulten is beoordeeld op basis van de digitale opnames van de medische en verpleegkundige consulten. Voor het nagaan welke onderwerpen aan de orde kwamen, is een voor de deelstudie ontwikkeld registratieformulier gebruikt.

Patiënttevredenheid bevat in de NUCAI-studie het oordeel van de patiënt over de arts en de verpleegkundige voor wat betreft hun kennis en ervaring met de ziekte van de patiënt, hun patiëntgerichtheid, de informatie die verstrekt is, de wijze waarop het lichamelijk onderzoek plaatsvond, de nazorg in het ziekenhuis in het algemeen, en de wijze waarop verschillende onderwerpen zijn besproken.

## *2.5. Meetinstrumenten*

### *2.5.1. Registratieformulier inhoud consulten*

Het voor de deelstudie ontwikkelde registratieformulier kan gebruikt worden voor de beoordeling van de inhoud en de vorm (kwaliteit) van het consult. Het formulier is gebaseerd op het Roter Interaction Analysis System [17] en het Communication Rating System [18]. Voor de deelstudie zijn alleen de resultaten met betrekking tot de inhoud van de consulten gebruikt. Het formulier is door drie beoordelaars getest op bruikbaarheid. De onderwerpregistratie vertoonde grote overeenkomst, enkele keren was er een interpretatieverschil of een bepaald gedeelte uit één of twee onderwerpen bestond.

Voor de interraterbetrouwbaarheid is een willekeurige steekproef van 4 consulten (11,1% van het totaal) door twee beoordelaars beoordeeld. Een percentage van 80% of meer gelijke beoordelingen door de verschillende beoordelaars is aangemerkt als voldoende overeenstemming [19]. De interraterbetrouwbaarheid was 86,7%.

### *2.5.2. Meetinstrumenten patiënttevredenheid*

De patiënttevredenheid is bepaald met twee meetinstrumenten: een satisfactievragenlijst over zorgverleners en een satisfactievragenlijst over onderwerpen die patiënten zelf aangeven.

De satisfactievragenlijst over zorgverleners is een aangepaste versie van de EORTC QLQ – SAT32 (verder te noemen EORTC-SAT) [20]. De EORTC-SAT is een vragenlijst voor patiënten die opgenomen zijn; in de NUCAI-studie gaat om patiënten die hun behandeling hebben afgerond. Vragen uit de EORTC-SAT die alleen van toepassing zijn op opgenomen patiënten, zijn daarom niet opgenomen in de NUCAI-vragenlijst. Alle overgebleven vragen uit de EORTC-SAT gelden in de NUCAI-vragenlijst voor beide professionals, terwijl in de EORTC-SAT een aantal vragen alleen de arts of alleen de verpleegkundige betrof.



In de satisfactievragenlijst over zorgverleners is patiënten gevraagd de zorgverlener (arts en/ of verpleegkundige) te beoordelen op:

- a. kennis en ervaring met de ziekte, aandacht voor fysieke problemen, bereidheid om te luisteren naar bekommernissen, persoonlijke aandacht, het geven van troost en steun, de tijd die tijdens de nacontrole aan de patiënt is besteed, menselijke kwaliteiten (beleefdheid, respect, etc.),
- b. de wijze waarop het lichamelijk onderzoek plaatsvond, de informatie over de verzorging van de wond, canule of stoma, de informatie over de ziekte en de informatie over het medisch onderzoek.

Bij de satisfactievragenlijst over zorgverleners behoorde ook de vraag naar de tevredenheid van de patiënt met de nazorg in het ziekenhuis in het algemeen (van artsen, verpleegkundigen, logopedisten, diëtisten, mondhygiënisten etc.) gedurende het afgelopen half jaar.

De satisfactievragenlijst over de zorgverleners is in de deelstudie opgedeeld in drie aspecten: tevredenheid over de bejegening (de aspecten onder a), tevredenheid over de informatieverstrekking (de aspecten onder b) en tevredenheid met de nazorg in het algemeen.

Tevredenheid over de bejegening en tevredenheid over de informatieverstrekking zijn gemeten op een vijfpuntschaal (slecht, redelijk, goed, heel goed, uitstekend), waarbij bij tevredenheid over de informatieverstrekking aan alle vragen de optie niet van toepassing is toegevoegd. Tevredenheid over de nazorg in het algemeen was te beantwoorden op een tienpuntschaal (rapportcijfer) van 1 tot 10 (zeer ontevreden tot zeer tevreden).

De satisfactielijst over onderwerpen die patiënten zelf aangeven, is ontwikkeld binnen de NUCAI-studie. In deze vragenlijst konden patiënten invullen of zij ergens mee zaten dat te maken had met hun ziekte of behandeling voordat zij voor controle kwamen bij de zorgverlener. Bij de eerste twee onderwerpen die patiënten invulden, werden vervolgvragen gesteld: of hij dat onderwerp ook wilde bespreken met de zorgverlener, of het besproken was, wie het onderwerp introduceerde, de manier waarop het besproken was en of de patiënt tevreden was over de manier waarop de zorgverlener het onderwerp besprak. In de deelstudie zijn alleen de vragen betrokken of patiënten ergens mee zaten dat te maken had met hun ziekte of behandeling, en of zij deze onderwerpen wilden bespreken met de zorgverlener.

In de deelstudie bleek de satisfactievragenlijst over bejegening een betrouwbare vragenlijst te zijn. De factoranalyse over alle items leverde een éénfactoroplossing op, waarbij alle items op de factor een lading hadden groter dan .70. De Cronbach's Alpha was hoger dan 0.90.

De satisfactievragenlijst over informatieverstrekking bleek in de deelstudie geen betrouwbare vragenlijst te zijn. De factoranalyse liet geen interpreteerbaar resultaat zien.

## 2.6. Data analyse

Voor het analyseren van de data is gebruik gemaakt van SPSS 14.

De medische consulten betreffen patiënten uit de interventiegroep en uit de controlegroep. De verpleegkundige consulten betreffen alleen patiënten uit de interventiegroep. De consulten uit de interventie- en controlegroep werden op verschillende manieren met elkaar vergeleken:

- de medische interventiegroepconsulten (MI) met de medische controlegroepconsulten (MC). Deze vergelijking is gemaakt om te kunnen beoordelen of artsen beïnvloed worden als zij weten dat er een verpleegkundig consult volgt.
- MI met de verpleegkundige interventiegroepconsulten (VI). Beoordeeld is of er verschillen zijn tussen de medische en verpleegkundige consulten binnen de interventiegroep.
- MC en VI. Beoordeeld is of de medische controlegroepconsulten verschillen van de verpleegkundige interventiegroepconsulten.
- De medische interventiegroep en de verpleegkundige interventiegroep samen (MIVI) en MC. Deze vergelijking laat zien of er een verschil is tussen de interventiegroep en de controlegroep, zonder dat er binnen de interventiegroep onderscheid gemaakt wordt tussen medische en verpleegkundige consulten.
- De medische interventiegroep en de medische controlegroep samen (MIMC) en VI. Deze vergelijking laat zien of er een verschil is tussen de medische consulten enerzijds en de verpleegkundige consulten anderzijds, zonder dat de medische consulten van elkaar worden onderscheiden in interventie- en controlegroep.
- Verschillen binnen de consultgroepen, waarbij onderscheid is gemaakt tussen VI, MIMC en alle consulten samen (MIMCVI).

Berekend is in hoeveel procent van de consulten binnen een consultgroep de voor patiënten belangrijke onderwerpen aan de orde zijn geweest, waarna de percentages van de consultgroepen met elkaar zijn vergeleken. Een verschil van zes consulten of meer (50% of meer van een consultgroep) is aangemerkt als een groot verschil, een verschil van drie tot vijf consulten (25% tot 50%) is aangemerkt als een matig verschil.

De onderwerpen waarvan patiënten zelf aangegeven hadden dat zij die wilden bespreken, zijn gecategoriseerd op basis van het verpleegkundig protocol. Op basis van de beluisterde consulten is beoordeeld hoe vaak een onderwerp dat een patiënt wilde bespreken ook werkelijk met die patiënt is besproken, en of hierin verschillen waren tussen de consultgroepen.

De T-toets voor onafhankelijke steekproeven is gebruikt voor de beoordeling van de patiënttevredenheid over bejegening en informatieverstrekking in de verschillende consultgroepen en voor de beoordeling of de inhoud van de consulten invloed heeft op de patiënttevredenheid. Bij

deze laatste beoordeling is voor alle tevredenheidsaspecten binnen consultgroepen vergeleken of de tevredenheid verschilt als een onderwerp wel of niet is besproken.

### 3. Resultaten

Tabel 1 bevat kenmerken van de steekproef. Veertien (58,3%) van hen was man. De gemiddelde leeftijd was 59,5 jaar. Bij negen (37,5%) patiënten was de tumor gelokaliseerd in de mond, bij negen in de keel en bij zes (25%) in het strottenhoofd. Het stadium van de tumor was bij 15 (62,5%) patiënten 1-2, en bij negen (37,5%) patiënten 3-4. Zes (25%) patiënten waren geopereerd, zeven (29,2%) kregen radiotherapie, zeven ondergingen zowel een operatie als radiotherapie, en vier (16,7%) patiënten kregen radiotherapie en chemotherapie.

Er werden 230 onderwerpen geregistreerd en vervolgens gecategoriseerd op basis van het verpleegkundig protocol. De categorie 'Overig' bevat zeven onderdelen: onderwerpen in de medische consulten (uitleg over en uitslagen van onderzoeken, samenwerking met andere ziekenhuizen e.d.), het verpleegkundig consult/ de NUCAI-studie, consulten bij andere zorgverleners dan de artsen en verpleegkundigen die bij de NUCAI-studie zijn betrokken, introductie en afronding van de consulten, telefoongesprekken van zorgverleners tijdens consulten, vervolgspraken/vervolgonderzoeken, overig (verkeer/files, mogen mobiele telefoons aan).

De eerste onderzoeksvraag was of de voor patiënten belangrijke onderwerpen besproken worden in het medisch en verpleegkundig consult. De resultaten zijn weergegeven in tabel 2.

Fysieke onderwerpen kwamen in 36 (100%) consulten aan de orde. Grote verschillen werden niet gevonden. Een matig verschil was er bij *vermoeidheid en pijn*: dit kwam bij MIVI in meer consulten aan de orde dan in MC.

Psychosociale onderwerpen kwamen in 27 (75%) consulten aan de orde: MI acht (66,7%) consulten, MC zeven (58,3%) consulten, VI 12 (100%) consulten en MIVI 12 (100%) consulten.

In negen consulten kwam één psychosociaal onderwerp aan de orde: MI vijf (41,7%) consulten en MC vier (33,3%) consulten. In 18 consulten kwamen twee of meer psychosociale onderwerpen aan de orde: bij zowel MI als MC drie (25%) consulten, en bij zowel VI als MIVI 12 (100%) consulten. De negen (25%) consulten waarin geen psychosociale onderwerpen werden besproken, betroffen alle medische consulten: MI vier (33,3%) consulten en MC vijf (41,7%) consulten.

Grote verschillen in het aantal consulten waarin een psychosociaal onderwerp werd besproken, werden gevonden bij de onderwerpen *gezinsleven en de rol van de partner, sociale steun, vrijetijdsbesteding en ontspanning, en gevoelens en emoties*. Voor al deze onderwerpen geldt dat ze vaker besproken werden in VI dan in MI en MC, en vaker in MIVI dan in MI en MC.

Matige verschillen werden gevonden bij de volgende psychosociale onderwerpen:

*Zorgen over terugkeer van de ziekte* kwam in VI vaker aan de orde dan in MC, en vaker in MIVI dan in MC. *Zelfbeleving* en *emotionele steun van anderen* kwamen in VI vaker aan de orde dan in MI en MC, en vaker in MIVI dan in MI en MC.

Onderwerpen die in geen enkel consult besproken zijn, waren *Gezinssamenstelling en woonomstandigheden*, *vooroordelen*, *mythen*, *stigma* en *intimiteit en seksueel functioneren*.

Vraag 1b luidde: In hoeverre komen de onderwerpen die patiënten zelf aangeven aan de orde in het medisch en verpleegkundig consult? Tabel 3 bevat een overzicht van de onderwerpen die patiënten invulden en waarvan zij hebben aangegeven dat zij die graag wilden bespreken, geordend op basis van het verpleegkundig protocol. Ook is aangegeven welke onderwerpen daadwerkelijk besproken zijn met de patiënten die het betreffende onderwerp invulden. Het gaat om de onderwerpen:

- Thuissituatie: huisvesting,
- Fysieke onderwerpen: moeizaam eten/vragen over eten/pijn bij eten, problemen Thierschplastiek, tegenvallen prothese, speekselproblemen/ vragen wanneer speekselvorming herstelt, problemen met de lippen, klachten mond/tong/kaak/wang,
- Psychosociale onderwerpen: toenemend sociaal isolement, financiële problemen, zorgen/tegenslagen, angst voor uitzaaiingen/terugkeer ziekte,
- Overig: nabespreken consult, verschillende diagnoses tussen twee ziekenhuizen.
- Onduidelijk: van drie onderwerpen was de omschrijving niet duidelijk.

Eén onderwerp is niet meegenomen omdat de patiënt het onderwerp niet wilde bespreken (weer begonnen met roken).

Patiënten vulden in totaal 22 keer een onderwerp in. Negen (40,9%) keer betrof het een fysiek onderwerp, zes (27,3%) keer een psychosociaal onderwerp. Fysieke onderwerpen vulden patiënten alleen in bij onderwerpen die ze met de arts wilden bespreken. Psychosociale onderwerpen vulden zij zowel bij de arts als bij de verpleegkundige drie keer in, waarbij zorgen over terugkeer van de ziekte alleen bij de arts werd ingevuld.

Van de 22 onderwerpen die patiënten wilden bespreken, zijn er 10 (45,5%) daadwerkelijk besproken met de patiënten die het onderwerp hadden ingevuld. In MIMC werd één (33,3%) van de drie ingevulde psychosociale onderwerpen besproken, in VI werden drie (100%) gewenste psychosociale onderwerpen besproken.

In tabel 4 is weergegeven in hoeverre in de verschillende consultgroepen tegemoet gekomen is aan de wens van patiënten een bepaald onderwerp te bespreken, zonder de onderwerpen te onderscheiden.

In MC zijn de onderwerpen die patiënten wilden bespreken het meest frequent werkelijk besproken, in MI was dit het minst frequent het geval. In MC zijn vijf (62,5%) van de acht ingevul-

de onderwerpen besproken. In MI zijn twee (25%) van de acht ingevulde onderwerpen besproken, in VI zijn drie (50%) van de zes ingevulde onderwerpen besproken. In alle consultgroepen was er een onderwerp waarvan de omschrijving onduidelijk was, waardoor niet beoordeeld kon worden of het besproken is in de consulten.

In totaal vulden negen patiënten een onderwerp in (tabel 5). In MI zijn de acht onderwerpen ingevuld door twee patiënten, in MC zijn de acht onderwerpen ingevuld door vijf patiënten, in VI zijn de zes onderwerpen ingevuld door twee patiënten.

De volgende onderzoeksvraag was: In welke mate is de patiënt tevreden over het medisch en/of verpleegkundig consult? De resultaten zijn weergegeven in tabel 6.

De gemiddelde tevredenheid over de bejegening en over de informatieverstrekking per consultgroep varieerde van minimaal 3,47 tot 4,20 (3 = goed, 4 = heel goed). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de consultgroepen.

De laatste onderzoeksvraag was of de inhoud van de consulten invloed heeft op de patiënttevredenheid. Er is binnen de consultgroepen per tevredenheidsaspect vergeleken of de tevredenheid verschilt als een onderwerp wel of niet is besproken. Tabel 7 geeft een overzicht van de resultaten.

Zowel bij de besproken als bij de niet besproken onderwerpen kwam de gemiddelde tevredenheid niet lager dan 3,00 op de vijfpuntschalen (tevredenheid over de bejegening en tevredenheid over de informatieverstrekking) en niet lager dan 7,67 op de tienpuntschaal (tevredenheid met de nazorg in het algemeen). Het gaat om verschillen tussen goed, zeer goed en uitstekend op de vijfpuntschalen en tussen 7,67 en 9,50 als rapportcijfer.

Het totaal aantal vergelijkingen bedroeg 171. Er waren 19 significante verschillen (11,1% van het aantal vergelijkingen). Er kon 88 keer (51,5%) geen T-toets berekend worden, omdat binnen de vergelijking één groep geen of één persoon omvatte. In dat geval kan geen standaarddeviatie worden berekend en dus ook geen T-toets.

Worden de significante verschillen als uitgangspunt genomen, dan zijn de resultaten als volgt: Drie significante verschillen bij tevredenheid over de bejegening, geen significante verschillen bij tevredenheid over de informatieverstrekking, 16 significante verschillen bij tevredenheid over de nazorg in het algemeen.

Acht keer waren patiënten significant tevredener als een onderwerp wel was besproken: twee keer bij bejegening en zes keer bij nazorg in het algemeen. Verdeeld over de consultgroepen was dit bij MIMC vijf keer, bij VI twee keer en bij MIMCVI één keer. Het betrof de onderwerpen *algemene conditie, werkhervatting en opleiding, vrijetijdsbesteding en ontspanning, en zorgen over terugkeer van de ziekte*.

Elf keer waren patiënten significant tevredener als een onderwerp niet was besproken: één keer bij bejegening en tien keer bij nazorg in het algemeen. Bij MIMC was dit twee keer, bij VI vijf keer en bij MIMCVI vier keer. Dat patiënten significant tevredener waren als een onderwerp niet was besproken, kwam voor bij *vermoeidheid en pijn, praktische steun, sociale steun, inkomen en verzekering, zorgen over terugkeer van de ziekte, en emotionele steun van anderen*.

Worden de onderwerpen als uitgangspunt genomen, dan zijn er twee onderwerpen waarbij patiënten altijd gemiddeld tevredener waren als het besproken was: *werkhervatting en opleiding* (negen vergelijkingen, drie keer significant tevredener), en *uiterlijk* (vijf vergelijkingen, geen significant verschil). Er zijn ook twee onderwerpen waarbij patiënten altijd gemiddeld ontevredener waren als het besproken was: *vermoeidheid en pijn* (acht vergelijkingen, drie keer significant minder tevreden), en *emotionele steun van anderen* (zes vergelijkingen, twee keer significant minder tevreden).

#### **4. Discussie en Conclusie:**

##### *4.1. Discussie*

De verschillen tussen de interventie- en controlegroep zijn klein. Alleen bij het stadium van de tumor verschilden de interventie- en controlegroep drie patiënten (12,5% van de steekproef) in grootte.

*Worden de voor patiënten belangrijke onderwerpen besproken in het medisch en verpleegkundig consult?*

Psychosociale onderwerpen kwamen in de verpleegkundige consulten vaker aan de orde dan in de medische consulten. Dit sluit aan bij de doelstelling van deze consulten en bij de verwachtingen die patiënten hebben van medische en verpleegkundige zorg. In een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten gaven patiënten aan van verpleegkundigen vooral begrip, empathie en ondersteuning te verwachten. Tijd van de arts voor niet-medische onderwerpen zagen veel patiënten als iets waarop ze geen recht hadden [21].

Drie onderwerpen werden in geen van de consulten besproken: *gezinssamenstelling en woonomstandigheden, vooroordelen/mythen/stigma, en intimiteit en seksueel functioneren*.

Het eerste onderwerp zal vooral in de eerste consulten aan de orde geweest zijn; eerste consulten behoorden echter niet tot de data van deze deelstudie. Opgemerkt zij wel dat één patiënt in een derde of vijfde vragenlijst had aangegeven dit onderwerp graag te willen bespreken.

*Vooroordelen/mythen/stigma* is een onderwerp dat bij het benoemen en categoriseren van onderwerpen ook ondergebracht kan zijn bij een ander onderwerp. Bijvoorbeeld: een patiënt gaf aan dat hij veel steun van vrienden en burens kreeg. Maar vooral de tijd dat hij een sonde had,

er in de buurt ook veel verhalen gingen dat het vast helemaal niet goed ging. De echtgenote ervaarde het alsof haar man al dood verklaard was. Er kwamen minder mensen op bezoek en gesprekken verliepen nogal eens moeizaam omdat mensen niet durfden te vragen hoe het met patiënt ging. Toen men wist dat het weer beter met patiënt ging, kwam er ook weer meer bezoek. Het consultfragment is ondergebracht bij sociale contacten en sociale steun. Dat consultfragmenten tot twee onderwerpen konden worden gerekend, is bij de registratie van onderwerpen vaak niet meegenomen.

Uit literatuur blijkt dat veel mensen het moeilijk vinden om *intimiteit en seksueel functioneren* ter sprake te brengen. Dit geldt zowel voor patiënten als zorgverleners [22, 23, 24]. In de beluisterde consulten probeert één keer een verpleegkundige het gesprek wel die richting op te sturen, de patiënt en zijn echtgenote gaan er echter niet op in. Op basis van wat de verpleegkundige zegt, lijkt het erop dat in een eerder consult daarover wel gesproken is.

#### *In hoeverre komen de onderwerpen die patiënten zelf aangeven aan de orde in het medisch en verpleegkundig consult?*

Patiënten hebben weinig onderwerpen aangegeven die zij wilden bespreken met de arts en/ of verpleegkundige. Van deze onderwerpen is slechts een beperkt aantal ook werkelijk besproken. Een mogelijke oorzaak is dat de vragenlijst werd ingevuld nadat het consult had plaatsgevonden. Wat patiënten belangrijk vonden toen het consult plaatsvond, is misschien wel besproken, waarna iets anders belangrijk voor patiënt werd wat niet besproken is.

Voor alle fysieke onderwerpen gaven patiënten aan dat zij die graag met de arts wilden bespreken. Verwachtingen van patiënten met betrekking tot medische en verpleegkundige zorgverlening, zoals hiervoor al genoemd, kunnen van invloed zijn op welke onderwerpen patiënten invulden en de keuze met wie zij die onderwerpen wilden bespreken, zonder dat dit hoeft te betekenen dat zij fysieke onderwerpen liever niet met verpleegkundigen bespreken.

Een andere mogelijkheid is dat patiënten niet de behoefte hadden fysieke onderwerpen tweemaal te bespreken. De verpleegkundige consulten vonden plaats aansluitend aan de medische consulten.

Opvallend is dat patiënten zorgen over terugkeer van de ziekte alleen bij de arts invulden. Mogelijk zien patiënten het (proberen te) voorkomen van een recidief als een medische interventie en hebben zij het onderwerp daarom alleen bij de arts aangegeven.

Om in consulten te bespreken wat patiënten belangrijk vinden, is het belangrijk hoe er door zorgverleners met patiënten wordt gecommuniceerd. Uitgangspunt bij de NUCAI-studie was dat de verpleegkundige consulten patiëntgericht zouden zijn. Bij patiëntgerichtheid gaat het erom dat de zorgverlener helder krijgt wat voor de patiënt belangrijk is en dat de voor de patiënt belangrijkste problemen worden besproken. Een consult begint met het bespreken van problemen die door de patiënt zelf genoemd worden. Daarna wordt hij bevraagd over symptomen en pro-

blemen op relevante thema's. De nadruk ligt op de psychosociale aspecten van de ziekte [25, 26]. In deze deelstudie is niet de kwaliteit van de consulten beoordeeld en daarmee ook niet de patiëntgerichtheid van artsen en verpleegkundigen. Wel is duidelijk dat patiënten niet in alle consulten de gelegenheid hadden eerst aan te geven wat zij belangrijk vonden. In een medisch consult werd bijvoorbeeld aan de patiënt gevraagd hoe lang hij inmiddels onder behandeling was en hoe het echo-onderzoek verlopen was. Verder waren het vooral mededelingen van de arts aan de patiënt, waarbij de arts druk was met het zoeken van de gegevens van de patiënt in de computer.

Een statistische toets is niet uitgevoerd: het aantal keren dat eenzelfde onderwerp besproken was, was maximaal twee per consultgroep, waardoor statistische toetsen niet zinvol waren.

#### *In welke mate zijn patiënten tevreden over het medisch en/ of verpleegkundig consult?*

Patiënten waren over de verpleegkundige consulten niet meer tevreden dan over de medische consulten. Het verwachtingspatroon van patiënten zoals al eerder genoemd, kan ook hier een rol spelen. Wanneer patiënten van een arts vooral antwoorden op fysieke problemen verwachten en van een verpleegkundige vooral ondersteuning bij problemen op psychosociaal gebied, zullen zij niet tevredener zijn over de verpleegkundige consulten omdat er meer psychosociale onderwerpen aan de orde zijn geweest.

Daarnaast zijn de tevredenheidsscores voor de medische consulten al hoog, zodat niet snel nog hoger gescoord kan worden.

#### *In hoeverre is de inhoud van het consult van invloed op de patiënttevredenheid?*

De gemiddelde scores van de drie tevredenheidsaspecten waren hoog bij alle consultgroepen. Er waren weinig significante verschillen. Of onderwerpen wel of niet besproken werden, had geen duidelijke relatie met patiënttevredenheid: voor alle tevredenheidsaspecten gold dat patiënten regelmatig iets tevredener waren als een onderwerp wel was besproken, maar ook regelmatig iets tevredener als een onderwerp niet was besproken.

In de beluisterde consulten kwam een divers beeld naar voren hoe respondenten omgaan met de mogelijkheid problemen te bespreken. Zo vertelde een patiënte huilend en opstandig wat allemaal tegen zat, maar gaf een volgende patiënt aan dat hij erg gemakkelijk zorgen van zich af kon zetten: "Je kunt er wel de hele dag mee gaan lopen, maar daar heb je jezelf maar mee." Op de vraag van de verpleegkundige of hij dit makkelijk van zich af kon zetten, antwoordde hij: "Ja heel makkelijk (...) weg is weg (...). Ik ga er niet mee lopen, heb ik mezelf aangeleerd".

In de literatuur wordt het omgaan met problemen en met emoties die deze problemen veroorzaken onderscheiden in twee copingstijlen: de probleemgerichte of emotiegerichte stijl, en de aanpak- of vermijdingsgerichte stijl. Deze stijlen worden tegelijkertijd gehanteerd [27,28]. In beide



genoemde consulten is de aandacht gericht op het omgaan met emoties. Daarbij is de eerste patiënte aanpakgericht: zij praat erover met een zorgverlener; de tweede patiënt is vermijdingsgericht: hij wil er niet aan denken.

Het onderscheid in copingstijlen laat zien dat gesprekken met zorgverleners wel en niet in een behoefte kunnen voorzien: voor wie mogelijkheden zoekt om problemen op te lossen of behoefte heeft zijn emoties te uiten, kunnen gesprekken een meerwaarde hebben; wie zich liever van het probleem of van de daarbij behorende emoties distantieert, wil er ook niet over praten.

Een andere verklaring voor de wisselende uitkomsten is wellicht het tijdsverloop nadat de behandeling geëindigd is. Voor deze deelstudie zijn consulten beluisterd die ongeveer zes en tien maanden na de behandeling plaatsvinden. In deze periode kan er herstel van klachten zijn opgetreden of acceptatie van beperkingen, waardoor patiënten het niet meer nodig vonden bepaalde onderwerpen te bespreken en zorgverleners het niet aan de orde hadden hoeven te stellen. Zo gaf een patiënt aan dat het allemaal begon te slijten. Het ging goed met hem en hij kon alles weer doen. Hij voelde ook niet de behoefte om nog over het ziekteproces te praten.

Bij het beluisteren van de consulten viel op dat zowel artsen als verpleegkundigen voor fysieke problemen van patiënten regelmatig geen oplossing hadden. Vaak was het antwoord dat afgewacht moest worden of deze problemen na verloop van tijd verminderden, en dat als er verbetering/herstel kwam, dit nog geruime tijd kon duren. Problemen als een droge mond en hinderlijke slijmvorming kwamen regelmatig voor. In het verpleegkundig protocol staan veel praktische adviezen die deze klachten kunnen verminderen. Alleen water drinken werd vaker genoemd, andere adviezen kwamen nauwelijks ter sprake.

Verder bleek dat de lange herstelperiode patiënten erg tegenvalt. Patiënten die dit onderwerp noemden, hadden daar vaak niet op gerekend. De patiënttevredenheid kan ook lager zijn als het onderwerp wel besproken is, maar het antwoord erg tegenviel.

Bij tevredenheid met de nazorg in het algemeen werden de meeste significante uitkomsten gevonden, maar ook bij dit tevredenheidsaspect was geen duidelijke relatie tussen tevredenheid en het bespreken van onderwerpen. Bij een kleine standaarddeviatie wordt de uitkomst van de T-toets hoger en is het verschil eerder significant. Bij tevredenheid met de nazorg in het algemeen was de standaarddeviatie zeven keer nul. Dit werd mede veroorzaakt door de kleine steekproef: alle standaarddeviaties van nul waren berekend over slechts twee uitkomsten. Deze significanties berusten derhalve meer op toeval.

Bij de tevredenheid over de informatieverstrekking werd geen significante uitkomst gevonden. Bij dit tevredenheidsaspect kwam het het vaakst voor dat één van de groepen die met elkaar vergeleken werden nul of één uitkomst bevatte, waardoor er geen T-toets berekend kon worden: 38 (66,7%) keer bij 57 vergelijkingen.

#### *4.2. Beperkingen van het onderzoek*

De steekproef was klein. Daardoor waren er weinig significante verschillen. Soms was het aantal gegevens zo klein dat een statistische test niet zinvol was.

Stratificatie van de consulten naar kenmerken van de patiënt, naar hulpverlener en naar tijdstip waarop het consult plaatsvond was niet mogelijk. Bij het selecteren van de consulten is gekeken naar volledigheid van de datasets en naar verstaanbaarheid van de consulten. Mogelijke invloed van bepaalde kenmerken van patiënten op de inhoud van de consulten en de tevredenheid, ontbreekt.

Er kan door de selectiecriteria ook selectiebias zijn opgetreden. Door op verstaanbaarheid te selecteren, zijn patiënten die een behandeling hebben ondergaan die het spreken zeer moeilijk maakt, uitgesloten. Deze patiënten wijken op de onderzochte items mogelijk af van de geïncludeerde patiënten. Zij ervaren bijvoorbeeld veel grotere problemen met communicatie, hetgeen bijvoorbeeld van invloed kan zijn op hun sociale contacten, vrijetijdsbesteding of zelfbeleving. De resultaten van onderwerpen die in de consulten zijn besproken, zijn niet volledig. Een aantal keren konden gedeelten van een consult op twee manieren geregistreerd worden, terwijl dit maar één keer is gebeurd (zie de verklaring waarom mogelijk het onderwerp vooroorde-len/mythen/stigma niet is geregistreerd als besproken onderwerp).

De inhoud van de consulten lijkt niet van invloed te zijn op de patiënttevredenheid. De wijze waarop artsen en verpleegkundigen onderwerpen met patiënten bespreken is niet beoordeeld, maar kan de tevredenheid over de bespreking van onderwerpen wel beïnvloeden. De kwaliteit van de consulten is in deze deelstudie echter niet onderzocht.

#### *4.3. Conclusies*

Zowel in de medische als in de verpleegkundige consulten kwamen de lichamelijke onderwerpen veel aan bod. In de verpleegkundige consulten was meer aandacht voor psychosociale onderwerpen dan in de medische consulten. Welke onderwerpen aan bod komen in de medische consulten, lijkt niet beïnvloed te worden door het wel of niet plaatsvinden van een verpleegkundig consult.

Welke onderwerpen aan bod komen in de medische en verpleegkundige consulten, kan mede beïnvloed worden door verwachtingen die patiënten hebben van de zorgverleners. Verwachten patiënten alleen van verpleegkundigen aandacht voor psychosociale onderwerpen, dan zullen zij dat bij artsen zelf minder snel ter sprake brengen. Deze verwachting kan er ook toe leiden

dat patiënten niet meer tevreden zijn over een verpleegkundig consult dan over een medisch consult, ook al blijft in het medisch consult aandacht voor psychosociale problemen achterwege. De consulten voldoen dan immers aan de verwachtingen die patiënten hebben.

Patiënten wilden vooral lichamelijk onderwerpen bespreken, maar alleen met artsen. Zowel in de medische als in de verpleegkundige consulten werden onderwerpen gemist die patiënten graag wilden bespreken.

Patiënten waren tevreden over de medische en verpleegkundige consulten ten aanzien van bejegening en informatieverstrekking. Er waren geen verschillen tussen deze consulten.

De inhoud van de consulten lijkt niet van invloed te zijn op de patiënttevredenheid. De gemiddelde tevredenheid tussen wel of niet besproken verschilde meestal weinig. Daarnaast waren patiënten vaak iets tevredener als een onderwerp wel was besproken, maar ook regelmatig iets tevredener als een onderwerp niet was besproken.

Ten aanzien van de verwachtingen die ten grondslag liggen aan de NUCAI-studie komen uit deze deelstudie de volgende conclusies naar voren:

In de verpleegkundige consulten is meer aandacht voor psychosociale onderwerpen dan in de medische consulten. De behoefte van patiënten lag meer bij het bespreken van fysieke onderwerpen. Het meer bespreken van psychosociale onderwerpen leidde niet tot een hogere patiënttevredenheid.

Of het verpleegkundig consult effectief is voor patiënten die behandeld zijn voor hoofd-halskanker, wordt in deze deelstudie niet duidelijk. Mede door de kleine steekproef zijn er weinig verschillen gevonden tussen de medische en verpleegkundige consulten.

#### *4.4. Aanbevelingen*

Mogelijk geeft een grotere steekproef meer aanwijzingen voor verschillen tussen medische en verpleegkundige consulten. Naast een beoordeling van de kwantiteit van de besproken onderwerpen is ook de kwaliteit van de bespreking van belang. Ook kunnen verwachtingen die patiënten hebben van artsen en verpleegkundigen een rol spelen bij welke onderwerpen met welke zorgverlener worden besproken en de tevredenheid daarover.

Aanbevolend wordt een aanvullend onderzoek waarbij meer respondenten worden betrokken en waarbij naast de kwantiteit van besproken onderwerpen ook onderzoek gedaan wordt naar de patiëntgerichtheid en kwaliteit van de consulten, en de verwachtingen die patiënten hebben ten aanzien van artsen en verpleegkundigen.

## Literatuur

- [1] De Graeff A, De Leeuw JRJ, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. Long-Term Quality of Life of Patients With Head and Neck Cancer. *Laryngoscop* 2000;110:98-106.
- [2] Hammerlid E, Silander E, Hörnestam L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer – a longitudinal study. *Head Neck* 2001;113-25.
- [3] Schliephake H, Jamil MU. Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2002;31:427-33.
- [4] Humphris GM, Rogers S, McNally D, Lee-Jones C, Brown J, Vaughan D. Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients. *Int J Oral Maxillofac. Surg.* 2003;32:486-91.
- [5] Kessler PA, Bloch-Birkholz A, Leher A, Neukam FW, Wiltfang J. Evaluation of quality of life of patients with oral squamous cell carcinoma. Comparison of two treatment protocols in a prospective study. *Radiotherapy and Oncology* 2004;70:275-82.
- [6] Rogers SN, Miller RD, Ali K, Minhas AB, Williams HF, Lowe D. Patients' perceived health status following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg* 2006;35:913-19.
- [7] Epstein JB, Emerton S, Kolbinson DA, Le ND, Phillips N, Stevenson-Moore P, Osoba D. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck* 1999;21:1-11.
- [8] Wijers OB, Levendag PC, Braaksma MM, Boonzaaijer M, Visch LL, Schmitz PI. Patients with head and neck cancer cured by radiation therapy: a survey of the dry mouth syndrome in long-term survivors. *Head Neck* 2002;24:737-47.
- [9] Oosterom M. NUCAI studie (lopend promotie-onderzoek). Universiteit Utrecht.
- [10] Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42:1511-19.
- [11] Hulsman RL. Communication skills of medical specialists in oncology. Development and Evaluation of a Computer-Assisted Instruction Program. Proefschrift. Universiteit Utrecht: 1998. p. 1-11.
- [12] Zimmermann C, Piccolo L del. Cues and Concerns by Patients in Medical Consultations: A Literature Review. *Psychol Bull* 2007;133:438-63.
- [13] The AM. Palliatieve behandeling en communicatie: Een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1999. p. 143-45.
- [14] Hulsman RL. Communication skills of medical specialists in oncology: Development and Evaluation of a Computer-Assisted Instruction Program. Proefschrift. Universiteit

- Utrecht: 1998. p. 1-11.
- [15] Hulsman RL. Communication skills of medical specialists in oncology: Development and Evaluation of a Computer-Assisted Instruction Program. Proefschrift. Universiteit Utrecht: 1998. p. 1-11.
- [16] Huitema M, Oosterom M. Verpleegkundige follow-up van gynaecologische oncologiepatiënten. *Oncologica* 2002;1:37-38.
- [17] Roter D. RIAS manual. The Roter Method of Interaction Process Analysis. 2006; [www.rias.org](http://www.rias.org) 10-12-2007.
- [18] Hulsman RL. Communication skills of medical specialists in oncology: Development and Evaluation of a Computer-Assisted Instruction Program. Proefschrift. Universiteit Utrecht: 1998. p. 119-24.
- [19] Hulsman RL. Communication skills of medical specialists in oncology: Development and Evaluation of a Computer-Assisted Instruction Program. Proefschrift. Universiteit Utrecht: 1998. p. 125-27.
- [20] European Organisation for Research and Treatment of Cancer. EORTC QLQ – SAT32. protocolnr 15012.
- [21] The AM. Palliatieve behandeling en communicatie: Een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1999. p. 119-37.
- [22] Gamel C, Hengeveld MW, Davis B, Van der Tweel I. Factors that influence the provision of sexual health care by Dutch cancer nurses. *Int J Nurs Stud* 1995;32:301-14.
- [23] Matocha LK, Waterhouse JK. Current nursing practice related to sexuality. *Res Nurs Hlth* 1993;16:371-78.
- [24] Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: The importance of patient-physician interaction. *Maturitas* 2009;63:124-27.
- [25] Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: Integrating the patient- and physician-centred approaches to interviewing. *Ann Intern Med* 1991;115:470-77.
- [26] Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, eds. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. London: Sage; 1995.
- [27] Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc. Sci. Med.* 1988;26:309-17.
- [28] Billings AG, Moos RH. The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *J Behav Med* 1981;4:139-57.

Tabel 1  
Patiëntkenmerken

Kenmerken		n (%)	interventiegroep n (%)	controlegroep n (%)
Aantal patiënten		24 (100)	12 (50,0)	12 (50,0)
Geslacht	man	14 (58,3)	6 (25,0)	8 (33,3)
	vrouw	10 (41,7)	6 (25,0)	4 (16,7)
Leeftijd (gemiddelde en min-max)		59,5 (38-73)	58,2 (48-73)	59,5 (38-73)
Locatie tumor	mond	9 (37,5)	5 (20,8)	4 (16,7)
	keel	9 (37,5)	4 (16,7)	5 (20,8)
	strottenhoofd	6 (25,0)	3 (12,5)	3 (12,5)
Stadium tumor <sup>a</sup>	1-2	15 (62,5)	6 (25,0)	9 (37,5)
	3-4	9 (37,5)	6 (25,0)	3 (12,5)
Behandeling	chirurgie	6 (25,0)	2 (08,3)	4 (16,7)
	radiotherapie	7 (29,2)	3 (12,5)	4 (16,7)
	chirurgie en radiotherapie	7 (29,2)	4 (16,7)	3 (12,5)
	radiotherapie en chemotherapie	4 (16,7)	3 (12,5)	1 (04,2)

<sup>a</sup> stadium tumor is gebaseerd op de AJCC (American Joint Committee on Cancer 1997)

Tabel 2  
Belangrijke onderwerpen gecategoriseerd op basis van het verpleegkundig protocol

Onderwerpen verpleegkundig protocol	Aantal consulten waarin onderwerp is besproken							
	MI <sup>a</sup>		MC <sup>b</sup>		VI <sup>c</sup>		MIVI <sup>d</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n <sup>e</sup>	%
THUISSITUATIE								
Gezinssamenstelling en woonomstandigheden	0	0	0	0	0	0	0	0
FYSIEKE ONDERWERPEN <sup>f</sup>	12	100	12	100	12	100	12	100
Algemene conditie	11	91,7	11	91,7	10	83,3	12	100
Vermoeidheid en pijn	8	66,7	7	58,3 MIVI**	9	75,0	10	83,3 MC**
Functies hoofd/hals	11	91,7	12	100	11	91,7	12	100
PSYCHOSOCIALE ONDERWERPEN <sup>1g</sup>	5	41,7	4	33,3	0	0	0	0
PSYCHOSOCIALE ONDERWERPEN <sup>2h</sup>	3	25,0	3	25,0	12	100	12	100
Praktische steun	0	0	0	0	2	16,7	2	16,7
Gezinsleven en rol van de partner	2	16,7 VI* MIVI*	0	0 VI* MIVI*	8	66,7 MI* MC*	9	75,0 MI* MC*
Werkherhvatting en opleiding	2	16,7	0	0	2	16,7	2	16,7
Sociale contacten	0	0	0	0	2	16,7	2	16,7
Sociale steun	1	8,3 VI* MIVI*	1	8,3 VI* MIVI*	7	58,3 MI* MC*	7	58,3 MI* MC*
Vrijtijdsbesteding en ontspanning	3	25,0 VI* MIVI*	3	25,0 VI* MIVI*	10	83,3 MI* MC*	10	83,3 MI* MC*
Inkomen en verzekeringen	0	0	0	0	2	16,7	2	16,7
Vooroordelen, mythen, stigma	0	0	0	0	0	0	0	0
Uiterlijk	0	0	0	0	1	8,3	1	8,3
Gevoelens/emoties	3	25,0 VI* MIVI*	4	33,3 VI* MIVI*	11	91,7 MI* MC*	11	91,7 MI* MC*
Zorgen over terugkeer van de ziekte	2	16,7	1	8,3 VI** MIVI**	4	33,3 MC**	4	33,3 MC**
Zelfbeleving	0	0 VI** MIVI**	1	8,3 VI** MIVI**	4	33,3 MI** MC**	4	33,3 MI** MC**
Emotionele steun van anderen	0	0 VI** MIVI**	0	0 VI** MIVI**	3	25,0 MI** MC**	3	25,0 MI** MC**
Intimiteit en seksueel functioneren	0	0	0	0	0	0	0	0
OVERIG	12	100	12	100	12	100	12	100

Grote en matige verschillen tussen de consultgroepen zijn in de tabel weergegeven in superscript.

<sup>a</sup> MI: medische interventiegroep consulten

<sup>b</sup> MC: medische controlegroep consulten

<sup>c</sup> VI : verpleegkundige interventiegroep consulten

<sup>d</sup> MIVI : medische interventiegroep en verpleegkundige interventiegroep consulten

<sup>e</sup> n: voor de interventiegroep is per respondent het medisch en verpleegkundig consult samengevoegd

<sup>f</sup> het aantal consulten waarin een fysiek onderwerp is besproken

<sup>g</sup> het aantal consulten waarin 1 psychosociaal onderwerp is besproken

<sup>h</sup> het aantal consulten waarin 2 of meer psychosociale onderwerpen zijn besproken

\* groot verschil: het aantal consulten waarin een onderwerp is besproken, verschilt 6 of meer (50% of meer van een consultgroep)

\*\* matig verschil: het aantal consulten waarin een onderwerp is besproken, verschilt 3-5 (25% tot 50% van een consultgroep)

Tabel 3  
Onderwerpen die patiënten zelf aangeven

Onderwerpen die patiënten zelf aangeven	aantal consulten waarin onderwerp is besproken				
	MI <sup>a</sup> n = 12	MC <sup>b</sup> n = 12	VI <sup>c</sup> n=12	MIMC <sup>d</sup> n = 24	MIVI <sup>e</sup> n <sup>f</sup> = 24
<b>THUISSITUATIE</b>					
Huisvesting	1			1	1
<b>FYSIEKE ONDERWERPEN</b>					
Moeizaam eten/vragen over eten/pijn bij eten	1	1		2	1
Problemen Thierschplastiek		1*		1*	
Tegenvallen prothese	1*			1*	1*
Speekselproblemen/vragen wanneer speekselvorming herstelt	1*	1*		2*	1*
Problemen met de lippen	1			1	1
Klachten mond/tong/kaak/wang		2*		2*	
<b>PSYCHOSOCIALE ONDERWERPEN</b>					
Toenemend sociaal isolement			1*		1*
Financiële problemen			1*		1*
Zorgen/tegenslagen	1		1*	1	2 (1*)
Angst voor uitzaaiingen/terugkeer ziekte		2 (1*)		2 (1*)	
<b>OVERIG</b>					
Nabespreken consult			1		1
Verschillende diagnoses tussen 2 ziekenhuizen	1		1	1	2
<b>ONDUIDELIJK:</b>	1	1	1	2	2

<sup>a</sup> MI: medische interventiegroep consulten

<sup>b</sup> MC: medische controlegroep consulten

<sup>c</sup> VI : verpleegkundige interventiegroep consulten

<sup>d</sup> MIMC: medische interventiegroep en medische controlegroep consulten

<sup>e</sup> MIVI : medische interventiegroep en verpleegkundige interventiegroep consulten

<sup>f</sup> n: voor de interventiegroep zijn per respondent het medisch en verpleegkundig consult van elkaar onderscheiden

\* onderwerpen die door de patiënt zijn aangegeven op de NUCAI-vragenlijst en in de consulten besproken



Tabel 4

Aantal onderwerpen die patiënten zelf aangeven, verdeeld over de verschillende consulten

	aantal consulten waarin onderwerp is besproken				
	MI <sup>a</sup> n = 12	MC <sup>b</sup> n = 12	VI <sup>c</sup> n = 12	MIMC <sup>d</sup> n = 24	MIVI <sup>e</sup> n <sup>f</sup> = 24
Aantal onderwerpen	8	8	6	16	14
Aantal keren conform wens besproken	2 25,0%	5 62,5%	3 50,0%	7 43,8%	5 35,7%
Aantal keren wens gemist	5 62,5%	2 25,0%	2 33,3%	7 43,8%	7 50,0%
Onduidelijk	1 12,5%	1 12,5%	1 16,7%	2 12,5%	2 14,3%

<sup>a</sup> MI: medische interventiegroepconsulten<sup>b</sup> MC: medische controlegroepconsulten<sup>c</sup> VI : verpleegkundige interventiegroepconsulten<sup>d</sup> MIMC: medische interventiegroep- en medische controlegroepconsulten<sup>e</sup> MIVI : medische interventiegroep- en verpleegkundige interventiegroepconsulten<sup>f</sup> n: voor de interventiegroep zijn per respondent het medisch en verpleegkundig consult van elkaar onderscheiden

Tabel 5

Aantal patiënten dat een onderwerp heeft aangegeven

Aantal onderwerpen	Aantal patiënten verdeeld over de consultgroepen				
	MI <sup>a</sup> n = 12	MC <sup>b</sup> n = 12	VI <sup>c</sup> n = 12	MIMC <sup>d</sup> n = 24	MIVI <sup>e</sup> n <sup>f</sup> = 24
Nul	10	7	10	17	20
Eén	0	3	0	3	0
Twee	0	1	1	1	1
Drie	1	1	0	2	1
Vier	0	0	1	0	1
Vijf	1	0	0	1	1

<sup>a</sup> MI: medische interventiegroepconsulten<sup>b</sup> MC: medische controlegroepconsulten<sup>c</sup> VI : verpleegkundige interventiegroepconsulten<sup>d</sup> MIMC: medische interventiegroep en medische controlegroepconsulten<sup>e</sup> MIVI : medische interventiegroep- en verpleegkundige interventiegroepconsulten<sup>f</sup> n: voor de interventiegroep zijn per respondent het medisch en verpleegkundig consult van elkaar onderscheiden

Tabel 6

## Tevredenheid over bejegening en informatieverstrekking

Aspect tevredenheid	n <sup>e</sup>	MI <sup>a</sup>			MC <sup>b</sup>			VI <sup>c</sup>			MIMC <sup>d</sup>		
		G <sup>f</sup>	Sd <sup>g</sup>	n	G	Sd	n	G	Sd	n	G	Sd	
Bejegening	12	4,08	0,67	11	4,20	0,76	12	4,00	0,83	23	4,13	0,70	
Informatieverstrekking	10	3,51	0,51	10	3,87	0,83	5	3,47	0,51	20	3,69	0,70	

Voor de vergelijkingen is de onafhankelijke T-toets gebruikt. Wanneer de spreiding in de groepen niet gelijk was, is de aangepaste T-test gebruikt. Voor vergelijkingen binnen de interventiegroep is de afhankelijke T-toets gebruikt. Er werden geen significante verschillen gevonden

<sup>a</sup> MI: medische interventiegroepconsulten

<sup>b</sup> MC: medische controlegroepconsulten

<sup>c</sup> VI : verpleegkundige interventiegroepconsulten

<sup>d</sup> MIMC: medische interventiegroep- en medische controlegroepconsulten

<sup>e</sup> n: aantal consulten

<sup>f</sup> G: gemiddelde tevredenheidsscore

<sup>g</sup> Sd: standaarddeviatie van de gemiddelde tevredenheid



Tabel 7  
Invloed van de inhoud van de consulten op de patiënttevredenheid<sup>a</sup>

Onderwerpen protocol	TEVREDENHEID OVER BEJEGENING <sup>b</sup>						TEVREDENHEID OVER INFORMATIEVERSTREKKING <sup>b</sup>						TEVREDENHEID MET DE NAZORG IN HET ALGEMEEN <sup>b</sup>					
	MIMC <sup>c</sup> (N=23) n <sup>f</sup> G <sup>e</sup> Sd <sup>h</sup>	VI <sup>g</sup> (N=12) n G Sd	MIMCVI <sup>e</sup> (N=23) n G Sd	MIMC (N=20) n G Sd	VI (N=5) n G Sd	MIMCVI (N=20) n G Sd	MIMC (N=23) n G Sd	VI (N=12) n G Sd	MIMCVI (N=23) n G Sd	MIMC (N=20) n G Sd	VI (N=5) n G Sd	MIMCVI (N=20) n G Sd	MIMC (N=23) n G Sd	VI (N=12) n G Sd	MIMCVI (N=23) n G Sd			
<b>TOTAAL</b>	23 4,13 0,70	12 4,00 0,83	23 4,12 0,70	20 3,69 0,70	5 3,47 0,51	20 3,69 0,70	23 8,43 0,79	12 8,42 0,79	23 8,43 0,79	23 8,43 0,79	20 3,69 0,70	23 8,43 0,79	12 8,42 0,79	23 8,43 0,79				
<b>THUISITUATIE</b>																		
Gezinsamenstelling Bi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
en woonomstandig- NBj	23 4,13 0,70	12 4,00 0,83	23 4,12 0,70	20 3,69 0,70	5 3,47 0,51	20 3,69 0,70	23 8,43 0,79	12 8,42 0,79	23 8,43 0,79	23 8,43 0,79	20 3,69 0,70	23 8,43 0,79	12 8,42 0,79	23 8,43 0,79				
heden																		
<b>FYSIEKE ONDERWERPEN</b>																		
Algemene conditie B	21 4,12 0,73	10 3,97 0,82	22 4,09 0,71	18 3,69 0,73	3 3,67 0,58	19 3,67 0,72	21 8,48 0,81*	10 8,50 0,85**	21 8,48 0,81*	10 8,50 0,85**	19 3,67 0,72	21 8,48 0,81*	10 8,50 0,85**	22 8,45 0,80				
NB	2 4,29 0,40	2 4,15 1,21	1 4,57	2 3,63 0,53	2 3,17 0,23	1 4,00	2 8,00 0,00	2 8,00 0,00	2 8,00 0,00	2 8,00 0,00	1 4,00	2 8,00 0,00	2 8,00 0,00	1 8,00				
Vermoeidheid en pijn B	14 3,95 0,69	9 3,86 0,88	16 3,97 0,69	13 3,65 0,72	5 3,47 0,51	15 3,65 0,68	14 8,21 0,70**	9 8,11 0,60*	14 8,21 0,70**	9 8,11 0,60*	15 3,65 0,68	14 8,21 0,70**	9 8,11 0,60*	16 8,25 0,68**				
NB	9 4,41 0,66	3 4,43 0,57	7 4,44 0,67	7 3,76 0,71	0	5 3,80 0,84	9 8,78 0,83	3 9,33 0,58	9 8,78 0,83	3 9,33 0,58	5 3,80 0,84	9 8,78 0,83	3 9,33 0,58	7 8,86 0,90				
Functies hoofd/hals B	22 4,09 0,69	11 3,91 0,81	23 4,12 0,70	19 3,64 0,69	4 3,58 0,50	20 3,69 0,70	22 8,41 0,80	11 8,45 0,82	22 8,41 0,80	11 8,45 0,82	20 3,69 0,70	22 8,41 0,80	11 8,45 0,82	23 8,43 0,79				
NB	1 5,00	1 5,00	0	1 4,50	1 3,00	0	1 9,00	1 8,00	1 9,00	1 8,00	0	1 9,00	1 8,00	0				
<b>PSYCHOSOCIALE ONDERWERPEN</b>																		
Praktische steun B	0	2 4,00 1,41	2 3,87 0,72	0	1 3,00	2 3,13 0,18	0	2 8,00 0,00**	0	2 8,00 0,00**	2 3,13 0,18	0	2 8,00 0,00**	2 8,00 0,00*				
NB	23 4,13 0,70	10 4,00 0,79	21 4,14 0,71	20 3,69 0,70	4 3,58 0,50	18 3,75 0,71	23 8,43 0,79	10 8,50 0,85	23 8,43 0,79	10 8,50 0,85	18 3,75 0,71	23 8,43 0,79	10 8,50 0,85	21 8,48 0,81				
Gezinsleven en rol van de partner B	2 4,36 0,91	8 3,98 0,69	9 4,20 0,52	1 3,00	3 3,44 0,51	7 3,62 0,55	2 9,00 1,41	8 8,38 0,52	2 9,00 1,41	8 8,38 0,52	7 3,62 0,55	2 9,00 1,41	8 8,38 0,52	9 8,56 0,73				
NB	21 4,11 0,70	4 4,04 1,19	14 4,06 0,81	19 3,72 1,01	2 3,50 0,71	13 3,72 0,79	21 8,38 0,74	4 8,50 1,29	21 8,38 0,74	4 8,50 1,29	13 3,72 0,79	21 8,38 0,74	4 8,50 1,29	14 8,36 0,84				
Werkhevatting en opleiding B	2 4,72 0,40	2 4,79 0,30	2 4,75 0,35	1 4,00	1 4,00	1 4,00	2 9,50 0,71*	2 9,50 0,71*	2 9,50 0,71*	2 9,50 0,71*	1 4,00	2 9,50 0,71*	2 9,50 0,71*	2 9,50 0,71*				
NB	21 4,08 0,71	10 3,84 0,82	21 4,05 0,70	19 3,67 0,71	4 3,33 0,47	19 3,67 0,72	21 8,33 0,73	10 8,20 0,63	21 8,33 0,73	10 8,20 0,63	19 3,67 0,72	21 8,33 0,73	10 8,20 0,63	21 8,33 0,73				
Sociale contacten B	0	2 4,15 1,21	2 4,47 0,76	0	1 3,33	1 3,33	0	2 9,00 1,41	0	2 9,00 1,41	1 3,33	0	2 9,00 1,41	2 9,00 1,41				
NB	23 4,13 0,70	10 3,97 0,82	21 4,08 0,71	20 3,69 0,70	4 3,50 0,58	19 3,71 0,72	23 8,43 0,79	10 8,30 0,67	23 8,43 0,79	10 8,30 0,67	19 3,71 0,72	23 8,43 0,79	10 8,30 0,67	21 8,38 0,74				
Sociale steun B	2 3,79 1,31	7 3,94 0,93	8 4,12 0,70	2 4,00 1,41	4 3,33 0,47	8 3,76 0,70	2 8,00 0,00*	7 8,14 0,69	2 8,00 0,00*	7 8,14 0,69	8 3,76 0,70	2 8,00 0,00*	7 8,14 0,69	8 8,13 0,64				
NB	21 4,17 0,67	5 4,09 0,76	15 4,11 0,73	18 3,65 0,64	1 4,00	12 3,64 0,73	21 8,48 0,81	5 8,80 0,84	21 8,48 0,81	5 8,80 0,84	12 3,64 0,73	21 8,48 0,81	5 8,80 0,84	15 8,60 0,83				
Vrijtijdsbesteding en ontspanning B	6 4,60 0,73**	10 4,04 0,90	13 4,12 0,77	4 3,96 0,95	5 3,47 0,51	10 3,58 0,71	6 9,17 0,98**	10 8,40 0,84	6 9,17 0,98**	10 8,40 0,84	10 3,58 0,71	6 9,17 0,98**	10 8,40 0,84	13 8,62 0,96				
NB	17 3,97 0,64	2 3,79 0,50	10 4,11 0,65	16 3,62 0,64	0	10 3,79 0,71	17 8,18 0,53	2 8,50 0,71	17 8,18 0,53	2 8,50 0,71	10 3,79 0,71	17 8,18 0,53	2 8,50 0,71	10 8,20 0,42				
Inkomen en verzekeringen B	0	2 4,50 0,71	2 4,15 0,33	0	1 3,00	1 3,25	0	2 8,00 0,00**	0	2 8,00 0,00**	1 3,25	0	2 8,00 0,00**	2 8,00 0,00*				
NB	23 4,13 0,70	10 3,90 0,85	21 4,11 0,73	20 3,69 0,70	4 3,58 0,50	19 3,71 0,71	23 8,43 0,79	10 8,50 0,85	23 8,43 0,79	10 8,50 0,85	19 3,71 0,71	23 8,43 0,79	10 8,50 0,85	21 8,48 0,81				

Tabel 7 vervolg  
Invloed van de inhoud van de consulten op de patiënttevredenheid

Onderwerpen protocol	TEVREDENHEID OVER BEJEGENING <sup>b</sup>						TEVREDENHEID OVER INFORMATIEVERSTREKKING <sup>b</sup>						TEVREDENHEID MET DE NAZORG IN HET ALGEMEEN <sup>b</sup>					
	MIMC <sup>c</sup> (N=23) n <sup>f</sup> G <sup>e</sup> Sd <sup>h</sup>	VI <sup>d</sup> (N=12) n G Sd	MIMCVI <sup>e</sup> (N=23) n G Sd	MIMC (N=20) n G Sd	VI (N=5) n G Sd	MIMCVI (N=20) n G Sd	MIMC (N=23) n G Sd	VI (N=12) n G Sd	MIMCVI (N=23) n G Sd	MIMC (N=20) n G Sd	VI (N=5) n G Sd	MIMCVI (N=20) n G Sd	MIMC (N=23) n G Sd	VI (N=12) n G Sd	MIMCVI (N=23) n G Sd			
Vooroordelen, mythen, stigma	B 0 NB 23	4,00 0,83	4,12 0,70	3,69 0,70	3,47 0,51	3,69 0,70	3,43 0,79	3,69 0,70	3,69 0,70	3,47 0,51	3,69 0,70	3,43 0,79	3,42 0,79	3,69 0,70				
Uiterlijk	B 0 NB 23	4,14 3,99 0,87	4,29 4,11 0,72	3,69 0,70	3,47 0,51	3,69 0,70	3,43 0,79	3,69 0,70	3,69 0,70	3,47 0,51	3,67 0,72	3,43 0,79	3,36 0,81	3,67 0,72				
Gevoelens/emoties	B 7 NB 16	3,91 0,81 4,00 0,74	3,99 0,68 4,35 0,72	3,70 0,65 3,68 0,74	3,58 0,50 3,00	3,58 0,61 3,89 0,86	3,29 0,95 8,50 0,73	3,58 0,61 3,89 0,86	3,29 0,95 8,50 0,73	3,58 0,50 3,00	3,58 0,61 3,89 0,86	3,29 0,95 8,50 0,73	3,45 0,82 8,00	3,58 0,61 3,89 0,86				
Zorgen over terugkeer van de ziekte	B 3 NB 20	4,32 0,70* 4,34 0,69	3,83 0,74 4,20 0,69	3,78 0,39 3,67 0,75	3,17 0,23 3,67 0,58	3,52 0,46 3,74 0,77	3,33 0,58 8,45 0,83	3,52 0,46 3,74 0,77	3,33 0,58 8,45 0,83	3,17 0,23 3,67 0,58	3,52 0,46 3,74 0,77	3,33 0,58 8,45 0,83	3,25 0,50 8,50 0,92	3,52 0,46 3,74 0,77				
Zelfbeleving	B 1 NB 22	4,15 0,63 3,93 0,95	4,21 0,56 4,09 0,75	4,67 3,64 0,68	4,00 3,33 0,47	3,83 0,74 3,64 0,71	8,00 8,45 0,80	3,83 0,74 3,64 0,71	8,00 8,45 0,80	4,00 3,33 0,47	3,83 0,74 3,64 0,71	8,00 8,45 0,80	8,25 0,96 8,50 0,76	3,83 0,74 3,64 0,71				
Emotionele steun van anderen	B 0 NB 23	3,53 1,23 4,16 0,68	3,71 0,98 4,18 0,66	3,69 0,70	3,44 0,51 3,50 0,71	3,36 0,38 3,75 0,74	8,43 0,79	3,36 0,38 3,75 0,74	8,43 0,79	3,44 0,51 3,50 0,71	3,36 0,38 3,75 0,74	8,43 0,79	7,67 0,58** 8,67 0,71	3,36 0,38 3,75 0,74				
Intimiteit en seksueel Functioneren	B 0 NB 23	4,00 0,83	4,11 0,70	3,69 0,70	3,47 0,51	3,69 0,70	8,43 0,79	3,69 0,70	8,43 0,79	3,47 0,51	3,69 0,70	8,43 0,79	8,42 0,79	3,69 0,70				
OVERIG	B 23 NB 0	4,13 0,70 4,00 0,83	4,11 0,70 4,11 0,70	3,69 0,70 3,69 0,70	3,47 0,51 3,47 0,51	3,69 0,70 3,69 0,70	8,43 0,79 8,43 0,79	3,69 0,70 3,69 0,70	8,43 0,79 8,43 0,79	3,47 0,51 3,47 0,51	3,69 0,70 3,69 0,70	8,43 0,79 8,43 0,79	8,42 0,79 8,42 0,79	3,69 0,70 3,69 0,70				

<sup>a</sup> Voor alle vergelijkingen is de onafhankelijke T-toets gebruikt. Wanneer de spreiding in de groepen niet gelijk was, is de aangepaste T-test gebruikt.

<sup>b</sup> Tevredenheid over bejegening en tevredenheid over informatieverstrekking zijn gemeten op een vijfpuntschaal, tevredenheid met de nazorg in het algemeen op basis van een rapportcijfer

<sup>c</sup> MIMC: medisch interventiegroep- en medisch controlegroepconsulten

<sup>d</sup> VI: verpleegkundig interventiegroepconsulten

<sup>e</sup> MIMCVI: alle consulten

<sup>f</sup> n: aantal consulten

<sup>g</sup> G: gemiddelde tevredenheidsscore

<sup>h</sup> Sd: standaarddeviatie van de gemiddelde tevredenheid

<sup>i</sup> B: het aantal consulten waarin het onderwerp is besproken

<sup>j</sup> NB: het aantal consulten waarin het onderwerp niet is besproken

\* significantieniveau ≤ .05

\*\* significantieniveau > .05 en ≤ .10

# BIJLAGEN

1. Registratieformulier
2. Berekening interraterbetrouwbaarheid

## BIJLAGE 1

Algemeen					
Respondentnr.					
Geslacht	Man	Vrouw			
Geboortedatum					
Locatie	Mond	Keel	Strottenhoofd		
Stadium tumor	1-2	3-4			
Behandeling	Chirurgie	Radiotherapie	Chemo		Meerdere antw tegelijk mogelijk
vragenlijstnummer	3	5			
Consultnummer	2	3	5	6	
Soort consult	Medisch Inter- ventiegroep	Medisch controle- groep	Verpleegkundig interventiegroep		

Start

Onderwerp

initiatief

			voldoende					kwaliteit				
			<	±	+	>	?	<	±	+	>	?
besproken	ja	nee	<	±	+	>	?	<	±	+	>	?
anamnese	ja	nee	<	±	+	>	?	<	±	+	>	?
informatie geven	ja	nee	<	±	+	>	?	<	±	+	>	?
advies/behandeling	ja	nee	<	±	+	>	?	<	±	+	>	?
invloed dagelijks leven	ja	nee	<	±	+	>	?	<	±	+	>	?
advies/ behandeling	ja	nee	<	±	+	>	?	<	±	+	>	?

totaal oordeel

cijfer

argumenten

Opmerkingen

start: begin en eindtijd mbt bespreken thema

Initiatief: wie kaart het thema aan? Patiënt, naaste, zorgverlener

voldoende: is thema voldoende besproken (kwantiteit)

< ± + > ? : onvoldoende, matig, goed, zeer goed, niet te beoordelen



## BIJLAGE 2

	consult 1	consult 2	consult 3	consult 4	totaal	totaal
onderwerpen	45	45	45	45		180
aantal vergelijkingen/consult	13	23	12	12	60	
gelijk wel gescoord	8	16	4	8	36	
verschillend gescoord	5	7	8	4	24	
gelijk niet gescoord	32	22	33	33	120	
totaal gelijke scores						156

$$156 / 180 \times 100\% = 86,66\%$$