
THEORETISCH GESTUURD BACHELORWERKSTUK

Invloed van een empathische communicatiestijl: kan een empathische communicatiestijl het nocebo-effect bij borstkankerpatiënten die geïnformeerd worden over cognitieve bijwerkingen verminderen?

1 JUNI 2015

RADBOUD UNIVERSITEIT NIJMEGEN

Ann-Kathrin Falkenberg

Ann-Kathrin.Falkenberg@student.ru.nl

S4184335

Begeleiding door Wendy Jacobs

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Theoretisch kader.....	3
Methode.....	8
Materiaal	8
Proefpersonen.....	8
Onderzoeksonwerp.....	10
Instrumentatie.....	11
Procedure	13
Statistische toetsing	13
Resultaten	14
Manipulatiecheck	14
Controlevariabele	14
Invloed van de video	14
Invloed van empathie.....	15
Somatisatie.....	17
Conclusie en Discussie.....	18
Literatuur.....	22
Bijlage	25
Script versie met empathie	25
Script versie zonder empathie.....	26

Samenvatting

Het nocebo-effect beschrijft een fenomeen waarbij patiënten sterker geloven bijwerkingen te ondervinden en bijwerkingen sterker optreden als de patiënten hier over geïnformeerd worden. Het fenomeen is nauw verwant met het placebo-effect.

Dit onderzoek heeft tot doel om te onderzoeken of een empathische communicatiestijl van de arts in een arts-patiënt gesprek ertoe leidt dat het nocebo-effect zwakker optreedt. In de hiervoor gebruikte situatie gaat het over chemotherapie bij borstkankerpatiënten en de mogelijke invloed die deze behandeling op het cognitief vermogen kan hebben. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van video's en analoge patiënten.

Het onderzoek bevestigt het bestaan van het nocebo-effect. Het zien van de video had invloed op de waarneming van de eigen cognitieve klachten van de analoge patiënt. Een empathische communicatiestijl had echter geen invloed op de gerapporteerde klachten en het daadwerkelijke cognitief vermogen. Er is verder gekeken naar de invloed van somatisatie. Patiënten met hoge somatisatie hebben een sterke tendentie om op de eigen lichaam te letten en zijn vaker bang om ziek te zijn. Een hoge somatisatie toonde in dit onderzoek geen modderende functie.

Empathie blijkt dus geen geschikt middel te zijn om het nocebo-effect te verminderen. Vervolgonderzoek moet andere communicatiestijlen testen om na te gaan hoe het nocebo-effect beter kan worden tegengegaan om zo de kwaliteit van arts-patiënt gesprekken te verhogen en de negatieve gevolgen van het nocebo-effect te minimaliseren.

Theoretisch kader

Het bekende placebo effect, waarbij het geloof in een positief effect van een medicijn of een andere behandeling ertoe bijdraagt dat dit effect daadwerkelijk tot stand komt, bestaat ook in negatieve zin: het bestaan van de zogenoemde nocebo-effect is een bewezen feit (Mondaini et al., 2007; de la Cruz, Hui, Parsons & Bruera, 2010; Vernia, Di Camillo & Foglietta, 2010). Bij het nocebo-effect treden bijwerkingen op of worden klachten versterkt door het feit dat de patiënt denkt dat deze zullen optreden.

De Nederlandse artseneed beweert: “Ik zal aan de patiënt geen schade doen” (KNMG, 2010). Een arts met kennis over het nocebo-effect zou dus informatie achter moeten houden om zijn patiënt te beschermen. In tegenspraak hiermee staat verder in de eed: “Ik luister en zal hem goed inlichten”. Het volledig inlichten van de patiënt is verder ook vanuit de wet een verplichting voor de arts. Om het dilemma op te lossen dat het nocebo-effect oplevert, wordt in dit onderzoek nagegaan op welke manier bijwerkingen kunnen worden gecommuniceerd zodat het optreden van nocebo-effecten geminimaliseerd wordt.

Een voorbeeld van nocebo effecten: het ‘chemobrein’ bij borstkankerpatiënten

Met rond 300.000 diagnoses in 2014 in de VS (American Cancer Society, 2014) is borstkanker een ziekte van steeds toenemende relevantie. Ook al nemen de overlevingskansen dankzij betere behandeling toe, toch is de intensiteit van de bijwerkingen een belangrijk thema voor patiënten. Als bijwerking van chemotherapie hebben onderzoekers de laatste jaren kunnen bewijzen dat het zogenoemde “chemobrein” daadwerkelijk bestaat (Samson, 2012). Hierbij gaat het om een cognitieve achteruitgang die min of meer sterk kan optreden. Klachten die vrouwen zelf rapporteren zijn vooral geheugen- en concentratieproblemen (Schilling & Jenkins, 2007). Ook al blijkt het effect op het cognitieve vermogen soms na een tijd weer te verminderen (Samson, 2012), gaat het hierbij toch om een bijwerking die de patiënt in zijn overweging om wel of niet aan een chemotherapie te beginnen mee moet kunnen nemen. Het bestaan van de invloed van chemotherapie op het cognitief vermogen is duidelijk bewezen. De (medische) causaliteit erachter is nog steeds niet duidelijk (Wang et al., 2015)

Schagen, Das en Vermeulen (2012) hebben aangetoond dat informatievoorziening mogelijk een rol speelt. De auteurs hebben kunnen bewijzen dat cognitieve klachten door borstkankerpatiënten die van tevoren over de mogelijkheid van het optreden hiervan door

middel van een korte informatiefolder geïnformeerd waren, sterker worden ervaren en ook meetbaar sterker optraden.

Het nocebo effect

Het nadenken of geïnformeerd worden over mogelijke klachten kan dus ervoor zorgen dat deze optreden. Dit effect is uit de psychologie bekend en gerelateerd aan begrippen als *priming, stereotype threat, conditioning, diagnosis threat of self-fulfilling prophecy*, waarbij door het activeren van een gedachtegang een bepaald concept wordt geactiveerd dat invloed heeft op het gedrag en de zelfwaarneming van de persoon (Häuser, Hansen & Enck, 2012; Rief, Hofman & Nestoriuc, 2008).

Bij de effecten van een medische behandeling kunnen specifieke en non-specifieke effecten worden onderscheiden. Specifieke effecten ontstaan door de behandeling zelf, bijvoorbeeld door de medicamenten, terwijl non-specifieke effecten uit placebo en nocebo effect bestaan (Häuser et al., 2012). Benedetti, Lanotte, Lopiano en Colloca (2007) maken bovendien een verschil tussen een nocebo-effect, waarbij door het vooraf informeren over bijwerkingen deze na de behandeling met verhoogde kans optreden, en nocebo-achtige effecten, waarbij negatieve effecten alleen maar vanuit de verwachting komen zonder dat er een behandeling plaatsvindt. Deze definitie lijkt deels op het verschil dat Colloca en Miller (2011) maken tussen nocebo-effect en nocebo response. Het nocebo-effect wordt volgens hen veroorzaakt door de psychologische omgeving van de patiënt terwijl een nocebo response door negatieve verwachtingen ontstaat. Bij het onderzoeken van de effecten van communicatie over bijwerkingen zou dus sprake moeten zijn van nocebo response. In de literatuur lopen deze begrippen echter nogal door elkaar.

Schagen et al. (2012) hebben aangetoond dat nocebo-effecten mogelijk ook optreden in het geval van cognitieve bijwerkingen na een chemotherapie. Ze vonden dat patiënten die geïnformeerd werden over cognitieve bijwerkingen achteraf meer cognitieve klachten rapporteerden en ook slechter op een geheugentaak scoorden. Er moet echter nog meer onderzoek naar dit verschijnsel worden gedaan. Verder onderzoek zou mogelijk aanknopingspunten voor interventies kunnen bieden en zo eraan bij kunnen dragen de invloed van het nocebo-effect te verminderen. Verder gebruikten Schagen et al. (2012) alleen tekst op papier en het is interessant om te onderzoeken of dezelfde effecten

optreden wanneer de informatie mondeling wordt gegeven door een arts in een arts-patiënt gesprek over cognitieve bijwerkingen van chemotherapie. Naar aanleiding van bestaande onderzoeken van onder anderen Schagen et al. (2012) zal dit onderzoek de volgende hypothese toetsen:

- (I) Patiënten geven na het zien van een video met een arts-patiënt gesprek over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie meer algemene en cognitieve klachten aan en hun cognitief vermogen is meetbaar verminderd.

Risicofactoren en gevoeligheid

Niet iedereen is even kwetsbaar voor nocebo of placebo-effecten. Terwijl optimistische mensen vaker een placebo-effect ervaren, is het risico voor nocebo-effecten vooral bij angstige of depressieve mensen van grote invloed (Cohen, 2014). Verder blijken ook ouderen en vrouwen gevoeliger voor de negatieve invloed van het nocebo effect (Grimes & Schulz, 2011). Tot een andere risicogroep behoren patiënten met een somatisatiestoornis, een psychische ziekte waarbij een individu bijzonder veel aandacht aan de eigen lichamelijke symptomen besteedt. Ook patiënten die naar hypochondrie neigen zijn kwetsbaarder voor deze effecten (Ciaramella, Paroli & Poli, 2013). Hypochondrie en somatisatiestoornissen horen bij de somatoforme stoornissen (Trimbos Instituut, 2011) en deze kunnen onder andere door zelfrapportage of een SCL (Symptom Checklist) getoetst worden.

Om erachter te komen hoe het nocebo-effect zo klein mogelijk kan worden gehouden is het dus van belang om te weten of verschillende groepen patiënten verschillend benaderd moeten worden bij het bespreken van bijwerkingen. Op basis van de literatuur kan verwacht worden dat patiënten die hoog op somatoforme stoornissen scoren kwetsbaarder zijn en daarom meer klachten zullen rapporteren en ook slechter op cognitieve taken zullen scoren, vooral nadat zij geïnformeerd worden over cognitieve bijwerkingen. Hieruit volgen de volgende hypothesen:

- (II) Proefpersonen die hoog op somatisatie scoren rapporteren meer cognitieve en algemene klachten dan proefpersonen die laag scoren op somatisatie.

(III) Proefpersonen die hoog op somatisatie scoren hebben een gereduceerd cognitief vermogen.

Invloed van de communicatiestijl

Het is van belang om te onderzoeken hoe nocebo-effecten voorkomen kunnen worden. Mogelijke oplossingen voor het dilemma dat door het nocebo-effect wordt veroorzaakt zijn volgens Häuser et al. (2012) patiënteneducatie of om vooraf met de patiënt te bespreken dat niet alle informatie verteld wordt. Het met de patiënt afgesproken achterhouden van informatie kan echter ook zelf wederom een nocebo-effect met zich meebrengen en blijkt geen ideale oplossing te zijn (Cohen, 2014).

Een andere mogelijkheid om het nocebo-effect te verminderen bestaat verder in de manier van communiceren en wat erbij benadrukt wordt. In het kader van placebo en nocebo-effecten is veelal onderzocht welke factoren binnen het arts-patiënt gesprek versterkend of verzwakkend werken. Bij een gesprek over mogelijke bijwerkingen zoals de cognitieve klachten na chemotherapie, kan de arts bijvoorbeeld de uitkomst- risico relatie met een positief frame ("70% hebben geen last van deze bijwerking") of met een negatief frame ("30% ervaren deze bijwerking") communiceren. Patiënten die in het kader van een vaccinatie positief geframed werden, vertoonden later een realistischere inschatting van de risico's en effecten van de behandeling en hadden minder bijwerkingen (O'Connor, Pennie & Dales, 1996).

In een onderzoek met vrouwen die last van menstruatiepijn hadden werd gekeken of affectieve en/of positieve verwachtingen oproepende communicatiestijl de nocebo-effecten reduceert. Zoals te verwachten, heeft een combinatie van een warme en empathische stijl met de nadruk op positieve verwachtingen de beste invloed op de angst en de verwachte intensiteit van de bijwerking (Verheul, Sanders & Bensing, 2010). Ook zou affectieve communicatie ertoe leiden dat besproken informatie beter wordt onthouden (Sep, 2014), wat het voordeel oplevert dat patiënten beter geïnformeerd zijn en betere keuzes tussen behandelingen kunnen maken. Een mogelijk onbedoeld effect zou hierbij kunnen zijn dat de patiënten zich bij een affectieve stijl de bijwerking beter herinneren en het nocebo effect zo zelfs verergerd wordt.

Empatische communicatie

Affectieve communicatie wordt in het onderzoek van Verheul, Sanders en Bensing (2010) gedefinieerd als “communication targeted at establishing a good therapeutic relationship between the physician and patient” (p.301). Voorbeelden zijn oogcontact maken, empathie tonen en de patiënt over zijn gevoelens laten spreken. Om empatisch over te komen zijn twee cruciale vaardigheden nodig: het kunnen begrijpen van de gevoelens van de patiënt en het kunnen terugkoppelen van dit begrip (Suchman, Markakis, Beckman & Frankel, 1997). De auteurs maken in hun model gebruik van de termen empatische gelegenheid en empatische respons, waarbij de empatische gelegenheid een expliciete uiting over een emotie vanuit de patiënt is, en de empatische respons de expliciete waarneming van deze emotie door de arts. Om uit indirecte aanduidingen van gevoelens concrete uitingen te maken waarop gereageerd kan worden, moet de arts vaak eerst nog doorvragen. De zogenoemde vervolgers (continuërs) kunnen leiden tot meer gelegenheid tot het tonen van empathie, zodat de empatische respons aan kracht toeneemt.

Een tweede communicatiepatroon dat volgens Suchman et al. (1997) bij een empatische gespreksvoering hoort is lof: de patiënt geeft de arts door een uiting de mogelijkheid om hem te zeggen dat hij iets goed heeft gedaan en de arts maakt ervan gebruik. Over het algemeen wordt empathie als iets positiefs gezien maar er is nog niet achterhaald of een empatische stijl in een arts-patiënt gesprek over bijwerkingen van chemotherapie het nocebo effect kan verminderen.

- (IV) Heeft het tonen van empathie door een arts een positief effect op zelf gerapporteerde algemene en cognitieve klachten van de analoge patiënt?
- (V) Heeft somatisatie een modderende functie op zelf gerapporteerde cognitieve en algemene klachten?
- (VI) Heeft het tonen van empathie door een arts een positief effect op de scores op een geheugentaak van de analoge patiënt?

Methode

Materiaal

Het experiment heeft als onafhankelijke variabele de communicatiestijl van de arts: empathisch of neutraal. Aan vrouwen werd een video vertoond waarin de arts ofwel een empathische stijl hanteert, ofwel neutraal communiceert.

De video

Door gebruik te maken van scripted videos was sprake van een gestandaardiseerde situatie en kon de beoogde manipulatie zonder onbedoelde neveneffecten in het gesprek worden verbouwd. De manipulatie in dit onderzoek was het wel of niet vertonen van empathie. In de video's met empathie gaat de arts in op de gevoelens van de patiënt en spiegelt deze. In de versie zonder empathie ontbreken deze momenten. Ook verschillen de video's qua oogcontact en de houding van de arts. In de empathische versie wordt meer oogcontact door de art opgebouwd en is zijn houding meer open dan in de niet-empathische versie. Het gehele script van beide video's bevindt zich in de bijlage. Om de identificatie met de patiënt te verhogen begint de video met een korte presentatie van de patiënt.

De acteurs in de video zijn vrouwen van ongeveer dezelfde leeftijd. De scripts van de video's zijn gebaseerd op scripts gebruikt in eerder onderzoek van Sep et al. (2014) en Verheul et al. (2010).

Proefpersonen

In het totaal deden 61 deelnemers aan het onderzoek mee, 34 deelnemers zagen de versie van de video met empathie en 27 deelnemers de versie zonder empathie. Alle deelnemers waren vrouwen (een deelnemer heeft deze vraag niet ingevuld). Er is voor alleen maar vrouwelijke proefpersonen gekozen om zo de mogelijkheid tot identificatie met de borstkanker patiënt te verhogen. Uit een χ^2 -toets tussen versie van de video en het opleidingsniveau van de respondent bleek er geen verband te bestaan ($\chi^2(5) = 2.34, p = .801$). In het totaal gaven 47.5 % aan een universitair onderwijs te volgen/te hebben gevolgd en 31.1% een hoger beroepsonderwijs. De grote meerderheid van de proefpersonen was dus hoog opgeleid. Uit een t-toets voor leeftijd van deelnemers die de versie met of zonder empathie hebben bekeken bleek er geen significant verschil te bestaan tussen de twee condities ($t(49.25) = 1.14, p = .26$). Deelnemers uit de groep die de empathische versie van de

video hebben bekeken ($M = 39.33$, $SD = 16.71$) verschilden niet significant in leeftijd van deelnemers die de niet-empatische versie hebben bekeken ($M = 34.82$, $SD = 13.32$). Qua leeftijd en opleidingsniveau wijzen de deelnemers in de beide condities dus geen significante verschillen op.

Tabel 1: Overzicht deelnemers in beide condities, leeftijd, voorkennis, burgerlijke staat, werkzaam

	Video met empathie	Video zonder empathie	t-test/Chi-square test
Leeftijd (N, M)	33, 34.82	27, 39.33	$p = .26$ (NS)
Opleidingsniveau (N)			$p = .801$ (NS)
- Lager beroepsonderwijs	0	1	
- Middelbaar algemeen onderwijs	1	2	
- Hoger algemeen onderwijs	1	1	
- Middelbaar beroepsonderwijs	4	2	
- Hoger beroepsonderwijs	9	10	
- Universitair onderwijs	12	17	
Voorkennis (N)			$p = .074$ (NS)
- Niet	6	15	
- Wel	21	19	
Burgerlijke staat (N)			$p = .091$ (NS)
- Gehuwd	15	16	
- Alleenstaand	8	9	
- Weduwe (alleenstaand)	2	0	
- Gescheiden (alleenstaand)	1	0	
- Wel een relatie, niet samenwonend	1	8	
Werkzaam (N)			$p = .208$ (NS)
- Ja	18	8	
- Nee	15	14	
- Tijdelijk niet	1	4	

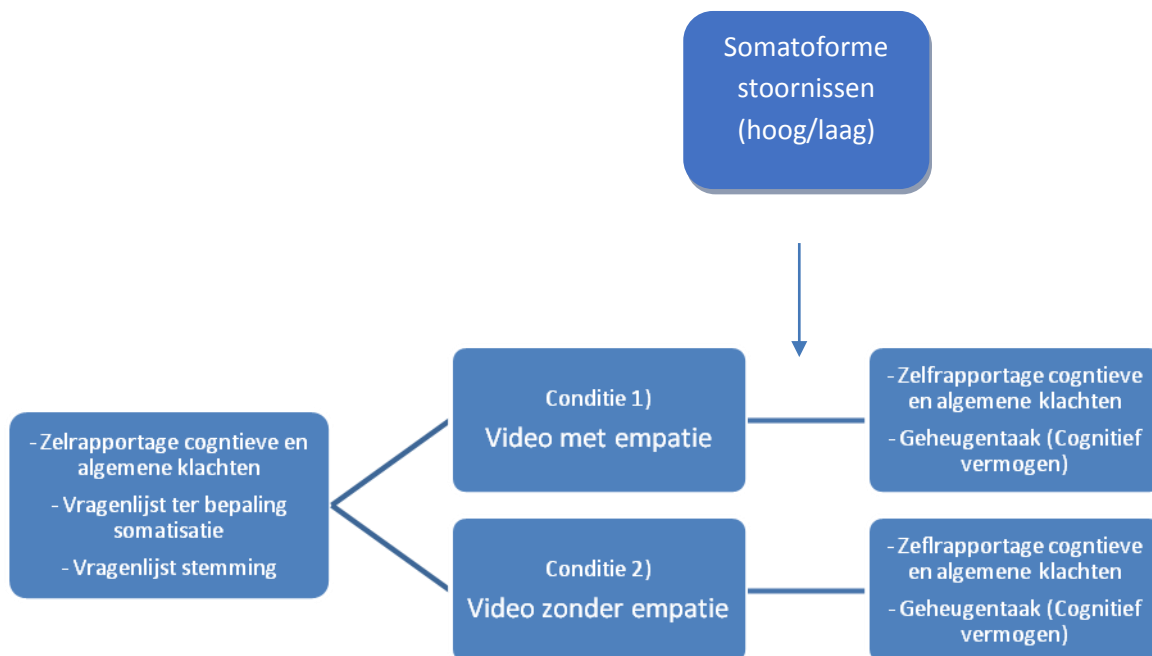
Effect op analoge patiënten

Vanwege ethische en praktische redenen is in dit onderzoek ervoor gekozen om niet met borstkanker patiënten maar met analoge patiënten, dus met gezonde proefpersonen, en een scripted video te werken. De validiteit van deze aanpak is in meerdere onderzoeken

bewezen. Analoge patiënten zijn geschikt om emotionele reacties te meten zoals deze in een 'echte' situatie zouden ontstaan (van Vliet et al., 2012). Deze overdraagbaarheid van emoties zou met de rol van spiegelneuronen bij empathie samen kunnen hangen (Bernhardt & Singer, 2012).

Onderzoeksontwerp

Het onderzoek heeft een tussen-proefpersonen-ontwerp met twee niveaus: empathisch versus neutraal. De vrouwen zagen of de empathische of de niet-empathische versie van de video.



Instrumentatie

Zelfrapportage cognitieve en algemene klachten

Met behulp van een aantal vragen in de vragenlijst uit de voor en- nameting werd nagegaan of de proefpersonen na het zien van de video meer cognitieve en algemene klachten rapporteerden dan in het begin.

Om de cognitieve klachten voor het zien van de video te meten is gebruik gemaakt van twee items van de LKV-vragenlijst (van Hemert, 2003). De betrouwbaarheid van cognitieve klachten voor de meting was met $\alpha = .38$ laag. De vragen werden op een 5-punten Likert schaal gesteld met 1 = Helemaal niet en 5 = Helemaal wel. Hoe hoger de scores, des te meer klachten men aangaf.

Om de cognitieve klachten na de het zien van de video te meten is gebruik gemaakt van dezelfde twee items van de LKV-vragenlijst (van Hemert, 2003). De betrouwbaarheid van algemene klachten na de video was nog steeds vrij laag met $\alpha = .57$. De vragen werden op een 5-punten Likert schaal gesteld met 1 = Helemaal niet en 5 = Helemaal wel.

Om de algemene klachten voor het zien van de video te meten is gebruik gemaakt van acht elementen van de LKV-vragenlijst (van Hemert, 2003). De betrouwbaarheid van algemene klachten voor de manipulatie door de video was met $\alpha = .59$ heel laag. Ook het schappen van een item leverde hierbij geen significante verbetering op. De vragen werden op een 5-punten Likert schaal gesteld met 1 = Helemaal niet en 5 = Helemaal wel.

Om de klachten na de het zien van de video te meten is gebruik gemaakt van acht elementen van de LKV-vragenlijst (van Hemert, 2003). De betrouwbaarheid van algemene klachten voor de video was redelijk met $\alpha = .785$. De vragen werden op een 5-punten Likert schaal gesteld met 1 = Helemaal niet en 5 = Helemaal wel.

Cognitief vermogen

De cognitieve capaciteit werd aan de hand van een leertaak, een herinnertaak en een herkentaak getoetst (Van den Burg, Saan, & Deelman, 1985). Om een leereffect te vermijden is deze niet in de voormeting opgenomen.

Bij de leertaak hebben de proefpersonen 30 seconden lang 15 woorden gezien met de opdracht om deze te onthouden en moesten daarna zoveel mogelijk hiervan noteren. Deze taak werd drie keer doorgevoerd. De hoogste mogelijke score hierbij was 15 bij 15 correct genoteerde woorden. De score op deze leertaak is de gemiddelde score van de drie keer. Er is verder het leereffect gemeten door het verschil tussen de derde en de eerste leertaak te meten.

De herinnertaak taak stond later in de vragenlijst. Hierbij wordt weer gevraagd om zoveel van de 15 woorden te noteren zonder deze nog een keer te zien. De hoogste mogelijke score hierbij was 15 bij 15 correct genoteerde woorden.

De herkentaak die aan het eind van de vragenlijst stond vroeg om uit 30 woorden de woorden uit de voorafgegane taken te vinden. De hoogste mogelijke score hierbij was 15 bij 15 correct aangeklikte woorden.

Somatisatie als moderator

Om de somatisatie te meten is gebruik gemaakt van twaalf elementen uit de SCL-90 vragenlijst (Ettema & Arrindell, 2003). De betrouwbaarheid van somatisatie was goed met $\alpha = .879$. De vragen werden op een 5-punten Likert schaal gesteld met 1 = Helemaal niet en 5 = Heel erg. Gemiddeld werd over beide groepen een somatisatie van $M = 1.41$, $SD = .49$ gemeten. In het volgende zal er sprake zijn van hoge somatisatie voor scores boven het gemiddelde en van lage somatisatie voor scores beneden het gemiddelde.

Overige variabelen

Demografische gegevens zoals leeftijd en opleidingsniveau zijn in de enquête opgenomen om te kunnen toetsen of de groepen vergelijkbaar zijn. Verder werd er gecontroleerd of de manipulatie succesvol was en de arts in de empathische video daadwerkelijk als empathischer wordt gezien. De waargenomen empathie van de doctor is gemeten op basis van zeven elementen uit de QUOTE-COM vragenlijst (Sixma, Kerssens, van Campen, Peters, 2002). De betrouwbaarheid van de variabele empathie op basis van deze 7 elementen was hoog met $\alpha = .927$. De 7 elementen zijn gemeten op een 5-punten Likert schaal met 1 = Helemaal niet en 5 = Helemaal mee eens.

Als aanvullende controlevariabele is er verder gebruik gemaakt van vragen over de stemming van de proefpersoon. Om stemming te meten werden zes van de tien items van de Positive and Negative Affect Schedule van Watson, Clark en Tellegen (1988) gebruikt. Hierin werd gevraagd in welke mate de woorden *goed*, *gespannen*, *sterk*, *opgewekt*, *somber* en *geërgerd* op dat moment voor de proefpersoon van toepassing waren. Deze vragen konden beantwoord worden op een vijfpuntschaal, waarbij 1 stond voor 'helemaal niet' en 5 voor 'helemaal wel'. Na omcodering was een hogere score een betere stemming. De betrouwbaarheid van stemming was goed $\alpha = .80$.

Procedure

De proefpersonen zijn via de onderzoekers of via sociale media gevraagd om de vragenlijst van ongeveer 20 minuten in te vullen. Ze hebben dus individueel en vrijwillig deelgenomen vanaf hun eigen computer. Ze werden vooraf niet over de manipulatie geïnformeerd maar hen werd wel verteld dat het over borstkanker ging. Om de enquête te openen moesten de proefpersonen op de link klikken en konden dan in hun eigen tempo de vragen invullen. De onderzoeker had daarom geen invloed erop hoeveel aandacht aan de video werd toegekend of wie de enquête uiteindelijk invult. Proefpersonen werden door het computerprogramma automatisch toegewezen aan de empathische of de neutrale conditie.

Stemming, zelf rapportage van de cognitieve en algemene klachten zoals vragen om somatisatie te meten werden vooraf aan de manipulatie gevraagd. De geheugentaken, zelf gerapporteerde cognitieve en algemene klachten en demografische gegevens werden na het zien van de video gevraagd.

Aan het eind en ook na sommigen vragen werd de proefpersoon bedankt voor het invullen van de enquête. Er werd echter geen vergoeding uitgegeven.

Statistische toetsing

Gemiddeldes tussen twee groepen, zoals de klachten voor en na de manipulatie, werden met behulp van een t-toets vergeleken. Om na te gaan of er een samenhang tussen twee variabelen bestaat, zoals in het geval van somatisatie en hoeveel klachten een proefpersoon aangeeft, is er gebruik gemaakt van een correlatie. De modderende werking van somatisatie werd met een two-way anova getoetst.

Resultaten

Manipulatiecheck

Uit een t-toets voor empathie met als factor de versie van de video bleek er een significant verschil tussen de twee groepen te zijn ($t(59) = 8.1, p < 0.001$). De doctor in de empathische versie van de video werd als empathischer ervaren ($M = 3.52, SD = .48$) dan de doctor in de niet-empathische versie ($M = 2.17, SD = .75$). De manipulatie van de twee condities in “empathische” en “niet-empathische” stijl is dus gelukt.

Controlevariabele

Om verder te onderzoeken of de groepen vergelijkbaar waren is er een t-toets voor de controlevariabele stemming uitgevoerd. Hieruit bleek dat de stemming, gemeten voor het zien van de video, tussen deelnemers die het empathische en het niet-empathische video hebben gezien niet significant was ($t(59) = .47, p = .639$). Proefpersonen die de empathische versie hebben gezien hadden gemiddeld geen betere of slechtere stemming ($M = 3.9, SD = .61$) dan diegene die de niet-empathische versie hebben gezien ($M = 3.98, SD = .61$).

Invloed van de video

(I) Patiënten geven na het zien van een video met een arts-patiënt gesprek over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie meer algemene en cognitieve klachten aan en hun cognitief vermogen is meetbaar verminderd.

Algemene klachten

Uit een paired t-toets voor algemene klachten bleek er geen significant verschil te zijn voor en na het zien van de video ($t(60) = .30, p = .767$). De zelf gerapporteerde algemene klachten zijn niet hoger na het zien van de video ($M = 1.54, SD = .51$) dan voor het zien van de video ($M = 1.52, SD = .38$).

Het zien van de gemanipuleerd video heeft dus geen significante invloed op de zelf gerapporteerde algemene klachten.

Cognitieve klachten

Uit een paired t-toets voor cognitieve klachten bleek er een significant verschil te zijn voor en na het zien van de video ($t(60) = 3.52, p = .001$). De zelf gerapporteerde cognitieve

klachten zijn hoger na het zien van de video ($M = 1.77$, $SD = .62$) dan voor het zien van de video ($M = 1.52$, $SD = .56$).

Het zien van de video waarin cognitieve klachten worden besproken blijkt dus invloed te hebben op de zelf gerapporteerde cognitieve klachten.

Invloed van empathie

(IV) Heeft het tonen van empathie door een arts een positief effect op zelf gerapporteerde algemene en cognitieve klachten van de analoge patiënt?

Cognitieve klachten

Om te onderzoeken of een empathische communicatiestijl in de video een positieve invloed op de zelf gerapporteerde cognitieve problemen van de analoge patiënt heeft is een onafhankelijke t-toets uitgevoerd. Hieruit bleek dat het verschil in cognitieve klachten tussen deelnemers die de empathische en de niet empathische video hebben gezien niet significant was ($t(59) = .74$, $p = .460$). Een empathische stijl tijdens het virtuele arts-patiënt gesprek leidde niet tot minder cognitieve klachten ($M = 1.70$, $SD = .56$) dan de versie waarin geen empathie werd vertoond ($M = 1.82$, $SD = .67$).

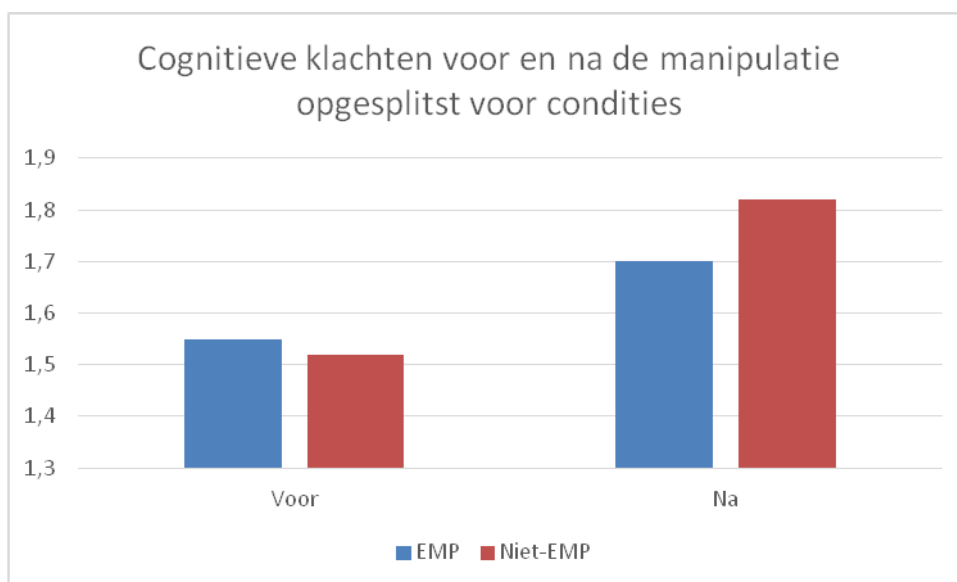


Fig. 2 Cognitieve klachten voor en na de manipulatie opgesplitst voor condities. Het voor-na verschil is significant. Het verschil tussen de condities is niet significant.

Algemene klachten

Om na te gaan of het tonen van empathie invloed op de zelf gerapporteerde algemene klachten heeft is een onafhankelijke t-toets uitgevoerd. Uit de t-toets voor algemene klachten van proefpersonen uit de twee condities bleek dat het verschil niet significant was

($t(59) = .75$, $p = .456$). Proefpersonen die de empathische versie hebben gezien rapporteerden niet minder algemene klachten ($M = 1.49$, $SD = .07$) dan proefpersonen die de niet-empathische versie hebben gezien ($M = 1.58$, $SD = .10$)

Cognitief vermogen

(VI) Heeft het tonen van empathie door een arts een positief effect op de scores op een geheugentaak van de analoge patiënt?

Leren

Uit een t-toets voor het gemiddelde van de drie leertaken en de Versie van de video bleek dat er geen significant verschil bestaat ($t(59) = 1.00$, $p = .321$). Proefpersonen die de empathische versie hebben gezien scoorden gemiddeld niet beter op de drie leertaken ($M = 9.41$, $SD = 2.33$) dan proefpersonen die de niet empathische versie hebben gezien ($M = 8.82$, $SD = 2.21$).

Er is verder een t-toets uitgevoerd om de samenhang te meten tussen de mate waarin zich een proefpersoon tussen leertaak een en leertaak drie verbeterd en de versie van de video. Uit een t-toets voor de verbeterscore met als factor de versie van de video bleek er geen significant verschil tussen de twee groepen te zijn ($t(59) = .28$, $p = .978$). Proefpersonen die de empathische versie van de video hebben gezien laten geen sterkere verbetering tussen leertaak een en drie zien ($M = 3.93$, $SD = 2.35$) dan de proefpersonen die de niet empathische versie hebben gezien ($M = 3.94$, $SD = 1.95$).

De versie van de video blijkt dus noch invloed op de gemiddelde score op de leertaken noch op de mate van verbetering tussen de eerste en de laatste leertaak te hebben.

Herinnering

Om te onderzoeken of er een significant samenhang bestaat tussen de geheugentaak herinnering en de versie van de video is er een t-toets uitgevoerd. Hieruit bleek dat het verschil in scores op deze taak tussen deelnemers die het empathische en het niet empathische video hebben gezien niet significant was ($t(58) = .56$, $p = .58$). Een empathische stijl tijdens het virtuele arts-patiënt gesprek leidde niet tot een betere score op de herinneringstaak ($M = 8.59$, $SD = .57$) dan de niet-empathische stijl ($M = 9.0$, $SD = .47$).

Herkenning

Uit een onafhankelijke t-toets bleek voor de score op deze laatste cognitieve taak met als factor de versie van de video bleek ook hier geen significant verschil te bestaan ($t(59) = .53$, $p = .60$). Deelnemers die de empathische versie van de video hebben gezien scoorden niet beter op de herken-taak ($M = 13.04$, $SD = 2.26$) dan proefpersonen die de niet-empathische versie hebben gezien ($M = 12.65$, $SD = 3.21$).

Het tonen van empathie heeft blijkbaar geen invloed op het cognitief vermogen van de analoge patiënt.

Somatisatie

(II) Proefpersonen die hoog op somatisatie scoren rapporteren meer cognitieve en algemene klachten dan proefpersonen die laag scoren op somatisatie?

Uit een correlatie voor somatisatie en algemene klachten voor de video bleek er een significant, positief samenhang te zijn ($r(61) = .41$, $p = .001$). Hoe meer men de neiging had tot somatiseren, des te meer algemene klachten gaf men aan.

Voor een correlatieanalyse tussen somatisatie en cognitieve klachten voor het zien van de video bleek geen significant samenhang te bestaan ($r(61) = .118$, $p = .366$). Een hoge mate aan somatisatie heeft dus blijkbaar invloed erop hoeveel algemene klachten een deelnemer rapporteert, maar niet erop hoeveel cognitieve klachten hij aangeeft.

(III) Proefpersonen die hoog op somatisatie scoren hebben een gereduceerd cognitief vermogen.

Een correlatie liet zien dat er geen significant samenhang bestaat tussen de gemiddelde score op de leertaken en de mate van somatisatie ($r(61) = -.13$, $p = .319$).

Er bleek uit een correlatie verder ook geen significant samenhang te bestaan tussen de score op de herinneringstaak en de mate van somatisatie ($r(61) = -.139$, $p = .289$).

Uit een correlatie bleek er geen significant verband te zijn tussen de mate van somatisatie en de prestatie op de herken-taak ($r(61) = -.059$, $p = .653$).

Somatisatie heeft dus blijkbaar geen invloed op het daadwerkelijk cognitief vermogen.

(V) Heeft somatisatie een modderende functie op zelf gerapporteerde cognitieve en algemene klachten?

Uit een two-way anova-analyse voor zelf gerapporteerde algemene klachten na het zien van de video met als factoren gemiddelde somatisatie (laag/hoog) en versie van de video (empatisch/niet empatisch) bleek een significant hoofdeffect van somatisatie ($F(1,57) = 38.83, p < .001$). Proefpersonen met een hoge somatisatie ($M = 1.94, SD = .57$) rapporteerden meer algemene klachten dan proefpersonen met lage somatisatie ($M = 1.3, SD = .26$). Er bleek geen significant hoofdeffect van versie video ($F(1,57) = 3.54, p = .065$). Er trad ook geen interactie op tussen Somatisatie en Versie van de video ($F(1,57) = .72, p = .399$).

Uit een two-way anova-analyse voor zelf gerapporteerde cognitieve klachten na het zien van de video met als factoren gemiddelde somatisatie en versie van de video bleek geen significant hoofdeffect van somatisatie ($F(1,57) = 3.68, p = .06$). Proefpersonen met een hoge somatisatie ($M = 1.96, SD = .58$) rapporteerden niet meer cognitieve klachten dan proefpersonen met lage somatisatie ($M = 1.66, SD = .63$). Er bleek geen significant hoofdeffect van versie video ($F(1,57) = 1.16, p = .286$). Er trad ook geen interactie op tussen somatisatie en versie van de video ($F(1,57) = .24, p = .623$).

Somatisatie blijkt geen modderende functie op deze variabelen te hebben

Conclusie en Discussie

In dit onderzoek is nagegaan of een empatische communicatiestijl het nocebo effect bij borstkankerpatiënten die geïnformeerd worden over cognitieve bijwerkingen van een chemotherapie kan verminderen en welke rol somatisatie hierbij speelt.

Ten eerste werd verwacht dat het zien van een video waarin een arts-patiënt gesprek met als inhoud bijwerkingen van chemotherapie wordt getoond invloed op zelf gerapporteerde klachten heeft. Deze hypothese werd aangenomen voor cognitieve klachten: Deze waren gemiddeld hoger na het zien van de video dan daarvoor. Voor het geval van algemene klachten kon de hypothese niet worden bevestigd. Dit onderzoek bevestigt dus deels het bestaan van het nocebo-effect die al in veel onderzoeken is nagewezen (zie bijvoorbeeld: Häuser, Hansen & Enck, 2012; Rief, Hofman & Nestoriuc, 2008). Een mogelijke verklaring

voor deze bevindingen is de inhoud van het gesprek: Hierin gaat het vooral om cognitieve klachten. Dit zou dus ertoe hebben kunnen geleid dat deze ook sterker van de video werden beïnvloedt. Het is belangrijk om meer over dit effect te weten te komen omdat dit effect naast de ziekte en de daadwerkelijke bijwerkingen van de behandeling aanvullende problemen met zich mee brengt die de patiënt moet ondergaan.

Een tweede verwachting was dat empathische communicatie een afzwakkende invloed op het nocebo effect heeft. In dit onderzoek is het niet gelukt om deze hypothese te bevestigen. Een empathische communicatiestijl blijkt geen invloed te hebben op de cognitieve en algemene klachten of op het cognitief vermogen. Deze bevindingen spreken deels de resultaten van Verheul, Sanders en Bensing (2010) tegen. Zij hadden gevonden dat een combinatie uit empathische communicatie en nadruk op positieve verwachtingen een positief invloed uitoefent. Na aanleiding van dit onderzoek blijkt een empathische communicatiestijl geen geschikte oplossing te zijn om de negatieve gevolgen van het nocebo-effect te verminderen. Om het nocebo-effect zo klein mogelijk te houden is het dus van groot belang om andere technieken en communicatiestijlen te vinden die wel in staat zijn om hierop positief invloed uit te oefenen.

Het werd verder verwacht dat somatisatie positief samenhangt met de mate van algemene en cognitieve klachten alsook met het cognitief vermogen. Deze hypothese kon in het geval van algemene klachten worden bevestigd, voor de overige aannames echter niet. Het blijkt uit dit onderzoek dat een hoge somatisatie ertoe leidt dat men het gevoel heeft om meer algemene klachten te ervaren. Deze correlatie zou deels ermee samen kunnen hangen dat de vragen die deze twee variabelen hebben gemeten niet ver van elkaar afwijken. Deze samenhang maakt duidelijk dat artsen de rapportage van algemene klachten door de patiënt ook in relatie met hun neiging tot somatisatie moeten zien om in te kunnen schatten hoe ernstig de klachten daadwerkelijk zijn.

Ten slotte heeft dit onderzoek onderzocht of somatisatie een versterkende invloed op het nocebo-effect en de invloed van de communicatiestijl heeft. Het werd verwacht dat iemand met hoge somatisatie gevoeliger voor een empathische communicatiestijl zou zijn. Als dit het geval was zou het belangrijk zijn om te weten welke patiënt hoge en wie lage somatisatie heeft om de communicatiestijl hierop aan te passen om zo de nocebo-effect zo klein

mogelijk te houden. Deze hypothese is echter niet door dit onderzoek bevestigd. Anders als door Cohen (2014) bewezen, blijkt somatisatie in dit onderzoek als moderator geen rol te spelen en zijn patiënten met hogere somatisatie niet gevoeliger. Een kanttekening bij deze aanname is het feit dat het verschil tussen de twee condities – empathische en niet empathische communicatie – al niet relevant was en de moderator dus nauwelijks een rol had kunnen spelen.

Om zeker te zijn dat somatisatie geen relevante invloed op de gevoeligheid van patiënten op de manier van communiceren heeft, is het belangrijk om soortgelijke onderzoeken met verschillende communicatieve manipulaties door te voeren en het verband met somatisatie te onderzoeken.

Een kanttekening bij dit onderzoek is de omzetting van de manipulatie. Omdat empathie een bijzonder intermenselijk interactie is, zou het effect van de manipulatie duidelijk kunnen verschillen, als de proefpersonen in een echte gespreksituatie terecht komen. Zo kan ook beter worden gecontroleerd dat de proefpersonen intensief aandacht aan het gesprek besteden, en kan de arts empathie beter vertonen door op reacties van de patiënt/proefpersoon in te spelen.

In toekomstig onderzoek zou er verder op kunnen worden gelet, dat cognitieve klachten met meer dan, zoals in dit geval, twee items worden gemeten. Omdat echter de Cronbach's α in sommigen gevallen, zoals bij de cognitieve en algemene klachten voor de manipulatie, te laag was, zouden deze variabelen in toekomstig onderzoek met andere items kunnen worden gemeten om meer betrouwbaarheid te bereiken.

Vervolgonderzoek zou zich vooral erop moeten richten na te gaan welke communicatiestijlen wél het nocebo-effect kunnen verminderen. Mogelijke te onderzoeken concepten zijn nadruk op de positieve kant/nadruk op gevaren, ernstige of luchtige manier van communiceren of het verstrekken van zo veel/zo min mogelijk informatie.

Patiënten die met een ziekte te kampen hebben moeten vaak bovenop de klachten die door de ziekte zijn veroorzaakt met bijwerkingen van de therapie of de medicijnen leven. In principe "overbodige", aanvullende klachten die door het nocebo-effect ontstaan, moeten zo goed mogelijk worden voorkomen. Empathie blijkt geen goed middel te zijn om dit te

bereiken. Het is daarom van groot belang om verder naar geschikte manieren te zoeken om de artsen adviezen te kunnen geven hoe ze gezondheid van patiënten zo goed mogelijk kunnen ondersteunen.

Literatuur

American Cancer Society (2014, 13 maart). *Breast cancer Facts & Figures 2013- 2014*.

Geraadpleegd van

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf>

Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L., & Colloca, L. (2007). When words are painful: Unraveling The mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147. 260-271.

Bernhardt, B.C., & Singer, T. (2012). The neural basis of empathy. *Annu Rev Neurosci*, 35. 1-13.

Burg, W. van den, Saan, R. J., & Deelman, B. G. (1985). 15-woordentest. *Provisional Manual*. Groningen: University Hospital, Department of Neuropsychology.

Ciaramella, A., Paroli, M., & Poli, P. (2013). An Emerging Dimension in Psychosomatic Research: The Nocebo Phenomenon in the Management of Chronic Pain. *ISRN Neuroscience*, 2013, 1-6.

Cohen, S. (2014). The Nocebo Effect of Informed Consent. *Bioethics*, 28. 147-154.

Colloca, L., & Miller, F.G. (2011). The nocebo effect and its relevance for clinical practice. *Psychosom Med.*, 73(7), 598–603.

Ettema, J.H.M., & Arrindel, W.A. (2003). *SCL-90 Symptom Checklist*. Amsterdam: Pearson.

Grimes, D.A., & Schulz, K.F. (2011). Nonspecific side effects of oral contraceptives: nocebo or noise? *Contraception*, 83. 5-9.

Hemert, A.M. van (2003) Lichamelijke Klachten Vragenlijst. Leids Universitair Medisch Centrum. Versie 3.1.

- KNMG (2010, 13 maart). *Nederlandse artseneed (inclusief eed van Hippocrates/ van Geneve) (2003)*. Geraadpleegd van <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62487/Nederlandse-artseneed-inclusief-Eed-van-Hippocrates-Verklaring-van-Geneve-2004.htm>
- Mondaini, N., Gontero, P., Giubilei, G., Lombardi, G., Cai, T., Gavazzi, A., & Bartoletti, R. (2007). Finasteride 5 mg and Sexual Side Effects: How Many of these are Related to a Nocebo Phenomenon? *The Journal of Sexual Medicine*, 4. 1708-1712.
- O'Connor, A.M., Pennie, R., & Dales, R.E. (1996). Framing effects on expectations, decisions, and side effects experienced: The case of influenza immunization. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49. 1271-1276.
- Rief, W., Hofmann S.G., & Nestoriuc, Y. (2008). The Power of Expectation – Understanding the Placebo and Nocebo Phenomenon. *Social and Personality Psychology Compass*, 2. 1624-1637.
- Samson, K. (2012) Chemobrain: Large Meta-analysis Documents Persistent Mild Cognitive Deficits in Breast Cancer Patients Post-Chemotherapy. *Oncology Times*, 34(22), 10-11.
- Schagen, S.B., Das, E., & Vermeulen, I. (2012). Information about chemotherapy- associated cognitive problems contributes to cognitive problems in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 21, 1132-1135.
- Schilling, V., & Jenkins, V. (2007). Self-reported cognitive problems in women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 11. 6-15.
- Sep, M. S., Osch, M. van, van Vliet, L. M., Smets, E., & Bensing, J. M. (2014). The power of clinicians' affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient education and counseling*, 95, 45-52.

- Sixma, H.J. Kerssens, J.J., van Campen, C., & Peters, L. (2002). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*, 1. 82-95.
- Suchman, A.L., Markakis, K., Beckman H.B., & Frankel, R. (1997). A Model of Empathic Communication in the Medical Interview. *The Journal of the American Medical Association*, 277. 678-682.
- Trimbos Instituut (2011, 21.12). *Somatisatiestoornis en hypochondrie*. Geraadpleegd van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/somatisatiestoornis-en-hypochondrie>
- Verheul, W., Sanders, A., & Bensing, J. (2010). The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Education and Counseling*, 80, 300-306.
- Vliet, L.M. van, Wall, E. van der, & Albadda, A., Spreeuwenberg, P.M.M., Verheul, W., Bensing, J.M. (2012). The Validity of Using Analogue Patients in Practitioner–Patient Communication Research: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 27. 1528-1543.
- Wang, X., Walitt, B., Saligan, L., Tiwari, A., Cheung, C.W., & Zhang, Z. (2015). Chemobrain: critical review and causal hypothesis of link between cytokines and epigenetic reprogramming associated with chemotherapy. *Cytokine*, 72. 86-96.
- Watson, D., Clark, Ld. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54. 1063-1070.

Bijlage

Script versie met empathie

Versie 3: affectief + / bevestigingen in een negatief frame ('problemen') +

Het gehele gesprek: affectief = oogcontact, vriendelijke toon, houding

A: Goedemiddag

P: Hallo

A: Gaat u zitten; ik ben dr. Van de Pol. Ik heb gehoord van mijn collega dat u wat vragen had over de chemotherapie.

P: Klopt ja, ik heb gesproken met dokter Jaspers.

A: En u had vragen over de chemo komende week?

P: Ja ik vind het allemaal heel erg spannend en ik weet eigenlijk niet zo heel goed wat ik kan verwachten.

A: Ja, maar hoe gaat het met u?

P: Ja opzich wel goed naar omstandigheden, ik sport nog steeds veel, op het werk gaat het ook wel goed. Ik heb ook wel goede afspraken gemaakt met de baas als het, naja als het niet zo goed gaat dan mag ik gewoon thuis blijven.

A: Oke, en wat voor werk doet u?

P: Ik ben secretaresse.

A: En u sport, wat voor sport?

P: Ik wandel veel en ik loop hard, één keer in de week.

A: Ja, nou ja dat kunt u gewoon blijven doen. Maar over de bijwerkingen, u had vragen hoorde ik?

P: Ja, ik heb de patiënten folder doorgenomen en ik zag daar van alles in staan over bijwerkingen en ik was eigenlijk wel heel erg benieuwd welke dat zijn.

A: En van welke bijwerking wilde u precies wat weten?

P: Ik las dat mensen na chemotherapie geheugenproblemen kunnen krijgen dus daar wilde ik nog wel iets meer over weten.

A: Ja nee, dat klopt het kan voorkomen dat mensen cognitieve problemen krijgen en dat wil dus zeggen in het geheugen, concentratie en snelheid van informatieverwerking.

P: Dus cognitief heeft te maken met het geheugen?

A: Ja dat klopt.

P: Dus ik kan last krijgen van geheugen problemen en concentratieproblemen?

A: Ja.

P: En waar moet ik dan precies aan denken, kunt u daar een voorbeeld van geven?

A: Ja, dat u niet meer weet wanneer u een verjaardag heeft, een afspraak heeft of niet meer weet waar u uw autosleutels heeft neergelegd, dat soort dingen moet u aan denken.

P: En kan ik daar zelf iets aan doen?

A: Ja u kunt ordenen, dus alles een beetje overzicht van houden, dus wanneer er een verjaardag is en wanneer er een afspraak is en ook elke keer de autosleutels op dezelfde plek neerleggen. En daarnaast kunt u uw omgeving op de hoogte stellen van dit probleem. Want dan weten zij er ook vanaf.

P: Oke dank u wel.

A: Was dit het wat u betreft?

P: Ja ik weet wel genoeg denk ik, ik vind het wel heel erg spannend maar dat is denk ik maar gewoon afwachten.

A: Ja het is inderdaad gewoon afwachten, maar als het aan de orde komt kan ik u altijd nog doorverwijzen naar de neuropsycholoog.

P: Oke, dat is fijn om te weten.

A: Nou sterkte de komende tijd en tot ziens.

P: Dank u wel.

A: Dag.

P: Doeg.

Script versie zonder empathie

Versie 4: affectief - / bevestigingen in een negatief frame ('problemen') +

Het gehele gesprek: weinig oogcontact, zakelijke toon en houding

A: Goedemiddag

P: Hallo

A: Gaat u zitten; ik ben dr. Van de Pol en ik heb gehoord van mijn collega dat u wat vragen had over de chemotherapie.

P: Klopt ja ik heb gesproken met dokter Jaspers.

A: En u had vragen over de chemo voor komende week?

P: Ja ik vind het allemaal heel erg spannend en ik weet eigenlijk niet zo heel goed wat ik kan verwachten.

A: Ja, maar hoe gaat het met u?

P: Ja opzich wel goed naar omstandigheden, ik sport nog steeds veel, op het werk gaat het ook wel goed. Ik heb ook wel goede afspraken gemaakt met de baas als het, naja als het niet zo goed gaat dan mag ik gewoon thuis blijven.

A: Oke, en wat voor werk doet u?

P: Ik ben secretaresse.

A: En u sport, wat voor sport?

P: Ik wandel veel en ik loop hard, één keer in de week.

A: Ja, nou ja dat kunt u gewoon blijven doen. Maar over de bijwerkingen, u had vragen hoorde ik?

P: Ja, ik heb de patiënten folder doorgenomen en ik zag daar van alles in staan over bijwerkingen en ik was eigenlijk wel heel erg benieuwd welke dat zijn.

A: En over welke bijwerking wilt u precies informatie?

P: Nou ik las dat mensen na chemotherapie niet altijd een goed geheugen behouden dus ik wilde daar wel graag iets meer over weten.

A: Ja, dat klopt patiënten die chemotherapie krijgen die krijgen cognitieve veranderingen. Dat zijn veranderingen in geheugen, veranderingen in je concentratie, van dat soort dingen.

P: Dus cognitief heeft te maken met het denkvermogen?

A: Ja.

P: Dus ik kan na de chemotherapie misschien dingen niet meer zo goed onthouden en met niet meer zo goed concentreren?

A: Ja, dat klopt.

P: En waar moet ik dan precies aan denken, kunt u misschien een voorbeeld geven?

A: Dat u niet goed kunt onthouden waar u uw autosleutels bijvoorbeeld hebt neergelegd, of dat u niet goed meer weet wanneer een verjaardag of afspraak was. Dat soort dingen.

P: Ja, kan ik daar zelf nog iets aan doen?

A: Rust nemen, ordenen dus de sleutels gewoon elke keer op dezelfde plek neerleggen en uw omgeving op de hoogte stellen van het feit dat dit gaat gebeuren.

P: Oke, dank u wel.

A: Was dit het wat u betreft?

P: Ja ik weet wel genoeg denk ik, ik vind het wel heel erg spannend maar dat is denk ik maar gewoon afwachten.

A: Ja het is inderdaad gewoon afwachten, maar als het aan de orde komt kan ik u altijd nog doorverwijzen naar de neuropsycholoog.

P: Oke dat is fijn om te weten.

A: Nou sterkte de komende tijd en tot ziens.

P: Oke, dank u wel.

A: Dag.

P: Doeg.