



Nederlandse Vereniging
Psychosociale Oncologie

22^e NVPO Congres

*Richtlijnen in de Psychosociale Oncologie:
van Papier naar Patiënt*

Vrijdag 18 maart 2016
Hogeschool Domstad, Utrecht

PROGRAMMA & SAMENVATTINGEN



Twitter mee: #NVPO2016



Nederlandse Vereniging
Psychosociale Oncologie

NVPO CONGRESCOMISSIE

- Vivian Engelen (projectleider Patiëntenkoepel Levenmetkanker)
- Marieke Gielissen (secretaris NVPO en senior onderzoeker Radboudumc)
- Chantal Lammens (projectmanager NVPO en Senior Adviseur Oncologische Zorg, IKNL)
- Hanneke Poort (promovendus, Radboudumc)
- Miranda Velthuis, (voorzitter congrescommissie, adviseur oncologische zorg, IKNL)

ALGEMENE INFORMATIE

Locatie

Hogeschool Domstad
Koningsbergerstraat 9
3531 AJ Utrecht
[Routebeschrijving](#)

Doelgroep

Het congres is multidisciplinair en gericht op onder andere psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, (para)medici, verpleegkundigen, onderzoekers en beleidsmakers.

Accreditatie

Accreditatie is toegekend door de volgende vereniging:

- Federatie van Gezondheidszorgpsychologen & Psychotherapeuten (FGzPT) – 3 punten
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (NIP) – 5 punten
- Registerplein (voorheen Beroepsregister voor Agogen en Maatschappelijk Werkers, BAMw) – 1 punt
- Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGvZ) – 2 punten
- Kwaliteitsregister V&V en Register Zorgprofessionals (V&VN) – 5 punten
- Verpleegkundig Specialisten Register – 5 punten

SPONSOREN & EXPOSANTEN

Hoofdsponsor



Exposanten

IKNL
Patiëntenkoepel Levenmetkanker
Re-turn
Stap.nu
Stichting Olijf

VOORWOORD

Van harte welkom op het 22e jaarcongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie!

Dit jaar is het thema van het congres: **'Richtlijnen in de Psychosociale Oncologie: van Papier naar Patiënt'**

Tijdens het congres wordt samen met de deelnemers de samenhang, belangrijkste punten (wat moet u écht weten) en consequenties (wat betekent dit voor uw werk?) van deze richtlijnen besproken met betrekking tot beleid, praktijk en onderzoek. Ten tijde van het NVPO-congres 2016 zijn er een aantal Richtlijnen in een vergevorderd stadium van ontwikkeling (richtlijn 'Aanpassingsstoornis bij kanker') of recent herzien (richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' en richtlijn 'Oncologische revalidatie'). Tijdens het congres belichten we vanuit diverse invalshoeken de belangrijkste veranderingen in de psychosociale oncologisch zorg ten gevolge van deze richtlijnen.

Het **plenaire ochtendprogramma** start met het geven van een kort overzicht van de richtlijnen in de psychosociale oncologie. Verder krijgt u een update over de verschillende richtlijnen en wordt besproken hoe deze richtlijnen worden toegepast door de verschillende disciplines als verpleegkundige, psychologie/psychiatrie, fysiotherapie en wetenschap. Het tweede gedeelte van het ochtendprogramma deelt Oebele Hoekstra zijn persoonlijke ervaringen die hij als ervaringsdeskundige heeft meegemaakt rondom de behandeling van kanker.

Het ochtendprogramma wordt afgesloten met een interactief debat met sprekers uit het ochtendprogramma en Sanne van Soelen van Zilveren Kruis Achmea. Door middel van stemrondes en behulp van stemkastjes vragen wij uw visie op actuele ontwikkelingen in de psychosociale oncologische zorg.

Voor het **middagprogramma** heeft u een keuze kunnen maken uit het wetenschappelijk middagsymposium of een van de workshops. Het volledige programma vindt u verderop in dit programmaboek terug, met daar ook inhoudelijke informatie over de presentaties en de workshops.

De algemene ledenvergadering (ALV) van de NVPO, vindt plaats tijdens de lunchpauze.

In de lunchpauze zijn er posterpresentaties in de centrale hal. Onderzoekers staan u te woord en presenteren hun onderzoek. Daarnaast; ook dit jaar weer de posterpitches! De vijf beste abstract inzendingen voor een poster presentatie, zijn geselecteerd en dingen mee naar de NVPO-posterprijs.

De uitreiking van de jaarlijkse NVPO-award en de posterprijs vinden plaats tijdens de informele borrel aansluitend aan het middagprogramma.

Het NVPO congres is een belangrijke plaats om elkaar te ontmoeten en te inspireren. De pauzes en de afsluitende borrel zijn ideale gelegenheden om met elkaar in gesprek te gaan. U ontvangt aan het einde van de dag een digitaal evaluatieformulier op het door u opgegeven e-mailadres. Het wordt zeer gewaardeerd als u dit invult. U kunt hierop ook aangeven of en op welk terrein u een actieve rol binnen de NVPO wilt vervullen.

Wanneer u vragen heeft kunt u altijd de congrescommissie benaderen, u herkent ons aan een blauw keycord.

Wij wensen u een fantastische dag toe!

*Dr. Miranda Velthuis, voorzitter congrescommissie
Namens de NVPO congrescommissie*



Nederlandse Vereniging
Psychosociale Oncologie

PROGRAMMA NVPO CONGRES

18 MAART 2016

09.00 - 10.00 Inschrijven, ontvangst met koffie en thee

10.00 - 10.05 **Opening**

drs. Sonja Kersten, directeur V&VN, de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden

Ochtend

Plenaire zaal

Plenair programma

10.05 - 12:45 *Dagvoorzitter drs. Sonja Kersten, directeur V&VN, de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden*

10.05 Kort overzicht van richtlijnen in de psychosociale oncologie
dr. Miranda Velthuis, adviseur oncologische zorg, IKNL

10.15 Introductie door dagvoorzitter

10.20 - 10.50 **Wat u moet weten van de richtlijnen in de psychosociale oncologie**

10.20 Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg
dr. Josette Hoekstra-Weebers, voorzitter richtlijnwerkgroep, voorzitter NVPO

10.30 Richtlijn Aanpassingsstoornis
dr. Tineke Vos, voorzitter richtlijnwerkgroep, psychiater, MCH-Bronovo

10.40 Richtlijn Oncologische revalidatie
dr. Jan-Paul van den Berg, voorzitter richtlijnwerkgroep, revalidatiearts, Ciran

10.50 uur *Pauze (incl. mogelijkheid tot bezichtigen posters)*

11.05 - 11.45 Toepassing van richtlijnen in de dagelijkse praktijk

11.05 Verpleegkunde: *mw. Ankie Krol, verpleegkundig specialist, Meander MC*

11.15 Psychologie/psychiatrie: *prof. dr. Judith Prins, hoogleraar medische psychologie, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Radboudumc*

11.25 Fysiotherapie: *dr. Martijn Stuiver, fysiotherapeut – klinisch epidemioloog, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis*

11.35 Wetenschap: *dr. Josette Hoekstra-Weebers, voorzitter richtlijnwerkgroep, voorzitter NVPO*

- 11.45 **Een patiënt aan het woord**
Oebele Hoekstra, ervaringsdeskundige (ex)kankerpatiënt
- 12.00 - 12.45 **Debat – Hoe komen we van papier naar patiënt en wat is uw rol daarin?**
Interactief debat met sprekers uit het ochtendprogramma en Sanne van Soelen, Zilveren Kruis Achmea, inclusief stemrondes met behulp van stemkastjes.
- 12.45 - 13.55 *Lunch*
- Zaal 0.12**
- 13.15 Algemene Ledenvergadering NVPO
- Plenaire zaal**
- 13.15 - 13.55 [Posterpresentaties](#)
[\('elevator pitch' top 5 geselecteerde posters\)](#)

Middag

Auditorium (zaal 2.42) & subzalen (2e verdieping)
Workshops en wetenschappelijk middagsymposium

- 14.00 - 16.30 *Inclusief koffie- en theepauze*
- 14.00 **Wetenschappelijk middagsymposium & workshops**
- 15.00 - 15.30 *Pauze*
- 15.30 **Wetenschappelijk middagsymposium & workshops**
- Centrale hal**
- 16.30 *Afsluitende borrel, incl. uitreiking posterprijs en NVPO- award*



Nederlandse Vereniging
Psychosociale Oncologie

WORKSHOP PROGRAMMA

- Workshop 1**
zaal 2.28 Zorgen voor jezelf in het werk
drs. Anneke van Wijk, GZ psycholoog, Helen Dowling Instituut
- Workshop 2**
zaal 2.41 Van richtlijn naar kwaliteit van psychosociale oncologische zorg
Marjolein Verkammen-Baarda, MSc, adviseur leer- en verandertrajecten, IKNL
Janina Schrier, MSc, adviseur oncologische zorg, IKNL
- Workshop 3**
zaal 2.13 Emotioneel zelfmanagement van mensen met kanker
drs. Sanne van den Berg, projectcoördinator & Promovenda, Radboudumc
prof. dr. Judith Prins, hoogleraar medische psychologie, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Radboudumc
- Workshop 4**
zaal 2.12 Emotional Focused Therapy en Ars Moriendi
dr. Mecheline van der Linden, klinisch psycholoog, VUmc
- Workshop 5**
zaal 2.30 In gesprek over levensvragen: een zaak van iedereen!
Karen Rutgers-van Wijlen, maatschappelijk werker, Toon Hermans Huis

Auditorium (zaal 2.42)

WETENSCHAPPELIJK MIDDAGSYMPOSIUM

Voorzitter: Inge Henselmans, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

- 14.00 **Keynote: Cognitive-behavioral therapy for insomnia comorbid with cancer: Efficacy and accessibility**
Dr. Josee Savard, Professor of Psychology, Université Laval and researcher at the Université Laval Cancer Research Center, Canada
- 14.30 **Effectiviteit en kosteneffectiviteit van een stepped care programma bij patiënten met psychologische distress na behandeling voor hoofd-halskanker of longkanker**
Femke Jansen, gezondheidswetenschapper, epidemioloog, VUmc
- 14.45 **Effecten van de eHealth interventie 'Kanker Nazorg Wijzer' op psychosociaal welbevinden en leefstijl van voormalige kankerpatiënten**
Iris Kanera, promovenda, Open Universiteit Heerlen
- 15.00 *Pauze*
- 15.30 **Kwaliteit van leven in fase III trials bij patiënten met gemetastaseerd colorectaalcarcinoom: een systematische review**
Drs. Claudia Schuurhuizen, onderzoeker, VUmc
- 15.45 **Lange termijn effecten en kosteneffectiviteit van lichaamsbeweging en psychosociale training voor kinderen met kanker: een gerandomiseerde gecontroleerde studie Instituut?**
Katja Braam, onderzoeker, VUmc
- 16.00 **Eindrapportage KWF promotieonderzoek eHealth om (ex-)kankerpatiënten te ondersteunen. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een interactief portaal**
Wilma Kuijpers, MSc, onderzoeker, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis

WORKSHOP 1:

ZORGEN VOOR JEZELF IN HET WERK

Workshopleiders:

Anneke van Wijk

Helen Dowling Instituut, Bilthoven

Inhoud

In deze workshop staat u stil bij wat goede zelfzorg in het werk voor u betekent. Zelfzorg speelt op fysiek, emotioneel, mentaal en existentieel niveau. U onderzoekt wat u al helpt en u dus het best kunt behouden en waar nog verbeteringen mogelijk zijn. U maakt kennis met de 'energievaas' en hoe deze u kan stimuleren om mentale en fysieke energievoorraad op peil te houden.

Leerdoel(en)

Deelnemers zijn zich na de workshop bewust over het belang van eigen zelfzorg in het werk en hebben minimaal 1 concreet actiepoint om hun zelfzorg te bevorderen

Doelgroep

Voor iedereen die werkt in de (psychosociale) oncologie. Focus ligt op zelfzorg in het werken met oncologie-patiënten in de klinische praktijk, maar bijvoorbeeld onderzoekers zijn ook welkom gezien hun contacten met patiënten tijdens bv. interventies RCT verband, interviews etc.)

(didactische) Werkvorm/opzet

Interactieve workshop, met gebruik van casuïstiek, oefeningen en reflectie.

WORKSHOP 2:

VAN RICHTLIJN NAAR KWALITEIT VAN PSYCHOSOCIALE ONCOLOGISCHE ZORG

Workshopleiders:

Marjolein Verkammen-Baarda, Janina Schrier
IKNL, Utrecht

Inhoud

Richtlijnen zijn de basis voor kwaliteit van zorg. Het geven van goede zorg begint bij kennis van richtlijnen en het toepassen ervan in de praktijk. In deze workshop staan aandachtspunten bij implementatie van de richtlijnen Detecteren behoefte psychosociale zorg, Oncologische revalidatie, Herstel na kanker en Aanpassingsstoornissen in de dagelijkse zorgpraktijk centraal. Je krijgt antwoord op de vraag hoe kan ik de richtlijnen in de psychosociale oncologie onderdeel laten zijn van mijn dagelijks handelen en die van mijn collega's.

Leerdoelen

richtlijnen in de praktijk van de psychosociale oncologie toe te passen en te implementeren. signalen van onjuist of niet toepassen van richtlijnen in de praktijk bespreekbaar te maken. bewustwording bij collega's over de juiste toepassing van richtlijnen te bevorderen.

Doelgroep

Zorgprofessionals die meer informatie willen hebben over de implementatie van richtlijnen binnen team en afdeling.

Werkvorm/opzet

Aan de hand van een casus en implementatieformat worden de eerste stappen doorlopen om aanbevelingen uit de richtlijnen te implementeren in de praktijk. Het resultaat is een deels ingevuld format waar de zorgprofessional op zijn/haar werkvloer de eerste stappen kan zetten voor de implementatie van psychosociale oncologische richtlijn(en) naar keuze.

WORKSHOP 3:

EMOTIONEEL ZELFMANAGEMENT VAN MENSEN MET KANKER

Workshopleiders:

Sanne van den Berg, Judith Prins
Radboudumc, Nijmegen

Inhoud

De psychosociale begeleiding van mensen met kanker is van oudsher gericht op de groep die hier problemen mee ervaart en vast loopt. Professionals werkzaam in de psycho-oncologie hebben een breed repertoire aan behandeltechnieken ontwikkeld om deze mensen te ondersteunen bij het aanpassen aan de veranderde levenssituatie. Ongeveer tweederde van alle mensen met kanker ervaart emotionele reacties die passend zijn bij de ingrijpende gebeurtenis die kanker is en niet ernstig genoeg voor psychologische hulp. Dit betekent niet dat zij geen vragen hebben of behoefte aan ondersteuning. Een groot deel van de mensen met kanker zoekt op internet naar antwoorden of steun. Centraal in deze workshop staat de vraag hoe we de kennis van psycho-oncologische behandelingen kunnen inzetten om het emotioneel zelfmanagement van mensen met kanker te bevorderen. Welke elementen zijn nodig in een goede zelfmanagementinterventie? Welke patiënten hebben baat bij zelfmanagement? Hoe kan eHealth technologie worden ingezet voor zelfmanagementinterventies? En hoe kunnen deze interventies een plek in het complexe veld van de zorg krijgen? Deze vragen zullen worden geïllustreerd met de ervaringen opgedaan met het ontwikkelen, evalueren en implementeren van de online zelfmanagementinterventie Op adem na borstkanker. De zelfhulpwebsite www.opademnaborstkanker.nl is wetenschappelijk getest en heeft als doel het ondersteunen van emotioneel herstel van de curatieve behandeling van borstkanker.

Leerdoel(en)

Professionals leren hoe zij hun therapeutische kennis kunnen aanbieden in een zelfmanagementinterventie, zoals een zelfhulpwebsite, of face-to-face contacten kunnen combineren met eHealth in blended therapy, hoe zij gebruik kunnen maken van patiëntenparticipatie en multidisciplinaire samenwerking, wat de uitdagingen en valkuilen zijn bij het ontwikkelen van eHealth zelfmanagementinterventies

Doelgroep

Psychologen & maatschappelijk werkers

(didactisch) Werkvorm / opzet

Interactieve workshop met inbreng van de ervaringen van deelnemers en korte opdrachten in subgroepen.

WORKSHOP 4:

EMOTIONAL FOCUSED THERAPY EN DE ARS MORIENDI

Workshopleiders:

Mecheline van der Linden

VU medisch centrum, Amsterdam

Inhoud

Patiënten met kanker die ongeneeslijk ziek zijn, beseffen soms dat zij in de eindfase van hun leven zaken niet afgerond hebben. Dit kan een conflict met een ouder betreffen of wroeging over gebeurtenissen tijdens het leven. Dit zijn belangrijke zaken om te bespreken met een professional in de oncologie die hier de tijd voor neemt. De Emotional Focused Therapy interventie kan hier effectief zijn teneinde het contact van patiënt met belangrijke anderen te herstellen. Het model van de Ars Moriendi biedt hierbij handvatten om met vijf spanningsvelden in thema's te werken. Aan patiënt en naasten wordt zo de gelegenheid geboden de kwaliteit van sterven te bevorderen.

Leerdoel(en)

Een praktisch model aanreiken voor de dagelijkse klinische praktijk van de ongeneeslijke zieke patiënt. In deze workshop leren de deelnemers volgens het EFT model van Sue Johnsson en het Ars Moriendi model van Carlo Leget enkele handvatten om de patiënt te behandelen of te begeleiden. De idee is dat eenzaamheid wordt verminderd, kwaliteit van contact met belangrijke naasten bevordert en ruimte gecreëerd voor een humaan en waardig afscheid.

Doelgroep

Zorgverleners in de oncologie

(didactisch) werkvorm / opzet

Na introductie door de workshopleider gaan de deelnemers in subgroepen met elkaar de twee aangereikte modellen bespreken aan de hand van geboden casuïstiek uit de recente klinische praktijk. De workshop wordt besloten met een plenaire bespreking van de casuïstiek.

WORKSHOP 5:

IN GESPREK OVER LEVENSVRAGEN: EEN ZAAK VAN IEDEREEN

Workshopleiders:

Karen Rutgers-van Wijlen

Toon Hermans Huis, Amersfoort

Inhoud

Hoe ga je in gesprek over levensvragen en spiritualiteit? Wat zijn dat eigenlijk voor vragen? Hoe komt iemand tot eigen antwoorden en wat kun je bieden als hulp hierbij? En, hoe ga ik als hulpverlener om met mijn eigen levensvisie?

Levensvragen komen vaak op in een levenscrisis, bij voorbeeld als je kanker hebt en/of als de dood niet langer ontkend kan worden.

Vragen kunnen zijn: waarom gebeurt mij dit? Of: Als mijn leven zo maar afgelopen kan zijn, wat is dan de betekenis van mijn leven? Heeft de dood het laatste woord? Wat zijn voor mij bronnen van steun?

Op levensvragen zijn geen pasklare antwoorden, maar je kunt ze wel ruimte geven. Dan kunnen ze misschien zelfs helpen een weg te wijzen.

Als er sprake is van een acute existentiële crisis of specifieke thematiek worden geestelijk verzorgers ingeschakeld in de begeleiding.

Het gewone gesprek over levensvragen is een zaak voor iedereen. Sinds mensenheugenis voeren we dit gesprek. Vandaar dat er verhalen, symbolen en rituelen bestaan die behulpzaam kunnen zijn. Hoe kun je daar gebruik van maken?

Doelgroep

Psycho-oncologische therapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, e.a.

Werkvorm / opzet

Er wordt gebruik gemaakt van de Richtlijn Spirituele Zorg, uit Palliatieve Zorg, Richtlijnen voor de praktijk, VIKC, 2010 (wordt herzien in 2016). We verkennen meerdere invalshoeken en werkvormen zoals: gesprek, visualisatie, verhalen, schilderen/tekenen, poëzie, muziek, de Verhalencirkel, symbolenkaarten en andere gespreksopeners. Casuïstiek en vragen van deelnemers zijn welkom.

ABSTRACTS WETENSCHAPPELIJK MIDDAGSYMPOSIUM

KEY-NOTE LECTURE:

Cognitive-behavioral therapy for insomnia comorbid with cancer: Efficacy and accessibility

Josée Savard, Université Laval Cancer Research Center, Canada

This presentation will provide an overview of the research program of professor Josée Savard on insomnia comorbid with cancer. In particular, professor Savard will present findings of randomized controlled trials assessing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in the context of cancer. She will also discuss alternative formats and models of delivery (self-administered, stepped care model) in order to increase patients' accessibility to this intervention.

O1

Effectiviteit en kosteneffectiviteit van een stepped care programma bij patiënten met psychologische distress na behandeling voor hoofd-halskanker of longkanker

F. Jansen¹, A.M.H. Krebber¹, B.I. Witte¹, V.M.H. Coupé¹, P. Cuijpers¹, R. De Bree², A. Becker-Commissaris¹, E.F. Smit¹, A. Van Straten¹, G.M. Eeckhout¹, A.T.F. Beekman¹, C.R. Leemans¹, I.M. Verdonck-de Leeuw¹

¹ VU medisch centrum, Amsterdam

² UMC Utrecht, Utrecht

Introductie

Om tegemoet te komen aan diverse barrières voor gebruik van psychosociale zorg onder kankerpatiënten is een stepped care (SC) programma ontwikkeld, bestaande uit: twee weken waakzaam afwachten (stap 1), een begeleide zelfhulp cursus (stap 2), probleemoplossende therapie (stap 3) en behandeling door een psycholoog of psychiater (stap 4). Vervolgstappen worden aangeboden indien eerdere stappen niet voldoende hebben geholpen. In deze studie werd de (kosten)effectiviteit van SC vergeleken met standaardzorg op psychologische distress, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid onderzocht.

Methode

Hoofd-halskankerpatiënten en longkankerpatiënten (n=156) met psychologische distress (HADS-D>7 of HADS-A>7) zijn gerandomiseerd in de interventie- of controlegroep. Lineaire mixed modellen, effect groottes en percentages herstel zijn gebruikt in het onderzoek naar de effectiviteit op de HADS, EORTC QLQ-C30, QLQ-H&N35/QLQ-LC13 en IN-PATSAT32 vragenlijsten. Voor het onderzoeken van de kosteneffectiviteit zijn de gemiddelde totale kosten vanuit maatschappelijk perspectief (gemeten met het ziekenhuisinformatiesysteem, TIC-P en PRODISQ) en de voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (gemeten met de EQ-5D) van de twee groepen met elkaar vergeleken.

Resultaten

Het beloop van psychologisch functioneren van baseline tot postinterventie (T1) en tot 3, 6, 9 en 12 maanden na T1 was beter in de interventie- dan in de controlegroep (HADS-totaal, $p=0.005$; HADS-A, $p=0.046$; HADS-D, $p=0.007$ en QLQ-C30 emotioneel functioneren, $p=0.033$) met effect groottes variërend van 0.38 tot 0.64. Postinterventie was 55% na SC hersteld ($HADS-D \leq 7$ en $HADS-A \leq 7$) vergeleken met 29% na standaardzorg ($p=0.002$), 12 maanden later 46% en 37% ($p=0.35$) respectievelijk. In de interventiegroep herstelde 28% na stap 1, 34% na stap 2, 9% na stap 3 en 17% na stap 4. De gemiddelde cumulatieve kosten waren €4,041 lager (95% betrouwbaarheidsinterval: €-8.218 - €-291) en de voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren 0.115 hoger (95% betrouwbaarheidsinterval: 0.006 - 0.224) in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep.

Conclusie

SC is (kosten)effectief voor het verminderen van psychologische distress vergeleken met standaardzorg.

M. Kanera¹, R.A. Willems¹, C.A.W. Bolman¹, I. Mesters², A.A.J.M. Beaulen¹, L. Lechner¹

¹Open Universiteit, Heerlen

²Universiteit Maastricht, Maastricht

Introductie

Kanker en kankerbehandelingen kunnen langdurige fysieke en psychosociale problemen veroorzaken, terwijl de huidige nazorg onvoldoende aansluit op ervaren behoeften. De eHealth interventie Kanker Nazorg Wijzer (KNW) biedt voormalige kankerpatiënten op maat informatie en adviezen in vorm van 8 modules (werkhervatting, vermoeidheid, sociale contacten, angst en depressie, fysieke klachten, bewegen, voeding, roken). De interventie is systematisch ontwikkeld en is gebaseerd op sociaal cognitieve theorieën, problem solving en cognitieve gedragstherapie. Via het bevorderen van zelfmanagement is het doel van de KNW de kwaliteit van leven en een gezonde leefstijl te verbeteren en om angst, depressie en vermoeidheid te verminderen.

Methode

Effecten op psychosociaal en leefstijl gebied werden geëvalueerd in een RCT met metingen op baseline en na 6, en 12 maanden met behulp van Multilevel Regressie Analyse.

Resultaten

De 463 deelnemers werden door 21 ziekenhuizen geworven (interventiegroep: N=232; 79% vrouwen; gem. leeftijd 55.6 jaar; wachtlijst-controlegroep: N= 231; 80.5% vrouwen; gem. leeftijd 56.1 jaar). Na 6 maanden participeerden 409 deelnemers (11.5% uitval). De interventie was op de 6-maanden meting effectief in het verhogen van de kwaliteit van leven: emotioneel (B=3.47, p=.023) en sociaal functioneren (B=3.94, p=.013); in het verminderen van depressie (B=-0.63, p=.008) en vermoeidheid (B=-4.14, p=.028); in het verhogen van matig intensief bewegen (B=117.74; p=.037) en het verhogen van de groenteconsumptie (B=10.26; p=.027).

Conclusie

De online en op maat KNW is effectief in het verminderen van psychosociale problematiek en in het bevorderen van leefstijl veranderingen en daarmee een bruikbaar programma ter aanvulling van de standaard nazorg van voormalige kankerpatiënten. De 12-maanden analyses moeten uitwijzen of de effecten behouden blijven.

C.S.E.W. Schuurhuizen, A.M.J. Braamse, I.R.H.M. Konings, J. Dekker, H.M.W. Verheul
VUmc, Amsterdam

Introductie

Toepassing van nieuwe antitumorbehandelingen bij patiënten met gemetastaseerd colorectaalcarcinoom (mCRC) wordt gebaseerd op resultaten van fase III gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCTs). Aangezien antitumorbehandeling de kwaliteit van leven (QOL) negatief kan beïnvloeden, worden QOL-uitkomsten in toenemende mate meegenomen als uitkomstmaat in RCTs. Deze review focust zich op de samenhang van QOL met andere studie-uitkomstmaten.

Methode

In deze systematische review werden fase III RCTs geïncludeerd die nieuwe systemische behandelingen bij patiënten met mCRC met elkaar vergeleken, QOL als één van de uitkomstmaten definieerden, en gepubliceerd waren na 2003. Primaire uitkomsten, bijwerkingen, globale QOL, alsmede studiespecifieke determinanten werden geanalyseerd.

Resultaten

Dertig RCTs voldeden aan de inclusiecriteria. In 22 studies was er geen verschil in QOL tussen de behandelgroepen, terwijl in 14 van deze studies de interventiegroep objectief meer ernstige bijwerkingen had. In alle studies (4) met een betere QOL in de interventiegroep dan in de controlegroep, was er sprake van een niet-geblindeerde setting (open-label). Geen enkele studie waarbij sprake was van een slechtere QOL in de interventiegroep, liet een positieve primaire uitkomst zien.

Conclusie

Het merendeel van de RCTs in patiënten met mCRC laat geen verschil in gemeten QOL zien tussen behandelingsgroepen, ondanks verschillen in de hoeveelheid ervaren ernstige bijwerkingen. Mogelijke verklaringen zijn, de QOL-meting zoals deze nu in klinische studies uitgevoerd wordt, meet niet wat het beoogt; en/of onder behandeling zijn, heeft voor patiënten een positief psychologisch effect. Om er zeker van te zijn dat QOL van patiënten niet gecompromitteerd is, verdient het aanbeveling om in toekomstige RCTs aandacht te besteden aan deze gevonden discrepantie.

K.I. Braam

VU medisch centrum, Amsterdam

Introductie

Deze studie evalueert het effect van een gecombineerd lichaamsbeweging en psychosociaal trainingsprogramma voor kinderen met kanker op fysieke en psychosociaal functioneren, evenals de kosteneffectiviteit van de interventie.

Methode

In deze gerandomiseerde studie zijn 68 kinderen met kanker geïnccludeerd (gemiddelde leeftijd 31.2 jaar [SD 3.1]; 54% jongens). Kinderen waren tijdens of in het eerste jaar na kankerbehandeling. De interventie duurde 12-weeken en bestond uit 24 fysiotherapie sessies en 6 kind en 2 oudersessies bij de psycholoog. De uitkomsten fysieke fitheid (primair), lichaamssamenstelling, psychosociaal functioneren, vermoeidheid en kwaliteit van leven werden bestudeerd op baseline, 4 maanden en na 12 maanden. Regressie analyse en Generalized Estimating Equations werden gebruikt om lange en korte termijn effecten van de interventie te bestuderen. Maandelijks ingevulde kostenvragenlijsten en de lokale apotheek leverde informatie voor de kosteneffectiviteit welke werd uitgevoerd met multiple imputaties en bootstrapping technieken.

Resultaten

Dertig kinderen werden gerandomiseerd naar de interventiegroep; 15 van de 68 kinderen vielen uit (voornamelijk door recidieven). Het gemiddeld aantal bezochte fysiotherapie-sessies was 21/24 en 6/6 psychosociale sessies bij kinderen die niet uitvielen gedurende de interventie periode. Bij 4-maanden werd op geen van de uitkomsten een significant interventie-effect gevonden. Bij 12-maanden toonde alleen spierkracht van de benen/voeten (als onderdeel van fysieke fitheid) een positief significant interventie-effect ($\beta=56.5$ Newton; 95% CI: 8.5; 104.5). De kosteneffectiviteitsanalyse toonde geen enkel punt waarop de studie kosteneffectief was.

Conclusie

Dit gecombineerde lichaamsbeweging en psychosociaal trainingsprogramma voor kinderen met kanker toonde geen significante verbetering op de korte en lange termijn en bleek niet kosteneffectief.

Wilma Kuijpers, MSc

Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam

Steeds meer mensen leven met kanker of ervaren fysieke en psychosociale klachten als het gevolg van de behandeling hiervan. Patient empowerment en eHealth bieden mogelijkheden om deze (ex-) kankerpatiënten te ondersteunen. Hiertoe is in het Antoni van Leeuwenhoek MijnAVL ontwikkeld, een interactief portaal dat informatie en advies op maat biedt.

De stapsgewijze ontwikkeling bestond uit literatuuronderzoek, focusgroepen, interviews en gebruikerstesten. Zowel patiënten als behandelaars zijn hierbij nauw betrokken geweest om ervoor te zorgen dat MijnAVL zoveel mogelijk aansluit bij hun behoeften.

MijnAVL is beschikbaar voor borst- en longkankerpatiënten die in opzet curatief behandeld worden of zijn en bestaat uit: 1) patiëntenvoorlichting op maat; 2) overzicht van alle afspraken in het Antoni van Leeuwenhoek; 3) vragenlijsten over kwaliteit van leven met terugkoppeling van resultaten; 4) inzage in een deel van het medisch dossier; 5) beweegadvies op maat (geautomatiseerd); 6) telemonitoringssysteem en online oefenprogramma (operabele longkankerpatiënten).

Om het gebruik van, de ervaringen met en het voorlopige effect van MijnAVL te evalueren, is een pilotstudie uitgevoerd. Deelnemers hebben eerst een vragenlijst ingevuld over hun verwachtingen van MijnAVL en drie uitkomstmaten: patient empowerment, kwaliteit van leven en fysieke activiteit. Vervolgens konden zij vier maanden vrijblijvend gebruikmaken van MijnAVL en na afloop hiervan vulden zij een vragenlijst in over hun ervaringen en de drie uitkomstmaten.

De resultaten laten zien dat MijnAVL een geschikte eHealth-toepassing is. De voorlopige effectiviteit kon slechts gedeeltelijk aangetoond worden. MijnAVL kan verder verbeterd worden door meer visueel aantrekkelijke en gepersonaliseerde informatie toe te voegen, rekening houdend met de individuele informatiebehoefte.

PP01

(Niet-)deelname van kankerpatiënten zonder werk aan een werkhervattingsprogramma

Martine van Egmond, Saskia Duijts, Amika Singh, Allard van der Beek, Han Anema
VU medisch centrum, Amsterdam, Nederland

Introductie

Tussen de 26 en 53% van de kankerpatiënten verliest zijn baan of stopt (tijdelijk) met werken tijdens of na de behandelperiode. Om kankerpatiënten zonder werk te ondersteunen bij werkhervatting is een werkhervattingsprogramma ontwikkeld en aangeboden. 28% was geïnteresseerd in deelname. Deze studie rapporteert factoren en motieven van kankerpatiënten zonder werk, geassocieerd met (niet-)deelnemen aan het werkhervattingsprogramma.

Methode

In deze cross-sectionele studie zijn, met behulp van vragenlijsten, demografische, ziekte-gerelateerde, psychosociale, en werk-gerelateerde gegevens van kankerpatiënten zonder werk, die deelnamen aan het werkhervattingsprogramma, verzameld. Van mensen die niet wilden deelnemen aan het programma is vergelijkbare informatie verzameld. Multivariabele logistische regressieanalyses zijn uitgevoerd om factoren geassocieerd met (niet-)deelname aan het programma te identificeren ($p < 0.05$). Met beschrijvende statistiek zijn motieven voor niet-deelname gerapporteerd.

Resultaten

Mensen die getrouwd zijn (OR 0.20; 95% CI 0.07-0.62) of samenwonen (OR 0.25; 95% CI 0.06-0.94) zijn minder geneigd om deel te nemen aan het werkhervattingsprogramma. Mensen die een tijdelijk dienstverband hadden voorafgaand aan de ziekmelding (OR 2.44; 95% CI 1.13-5.27), een duidelijke intentie voor werkhervatting (OR 2.29; 95% CI 1.04-5.02) hebben, en hogere scores rapporteren op schalen van een werkhervattingsvragenlijst, namelijk 'contemplatie' (OR 2.00; 95% CI 1.65-2.42) en 'voorbereiden op actie - zelf-evaluatie' (OR 1.32; 95% CI 1.09-1.61) zijn meer geneigd om deel te nemen. Fysieke (50%) en mentale problemen (36%) zijn de belangrijkste motieven voor niet-deelnemen.

Conclusie

Om kankerpatiënten zonder werk te laten deelnemen aan een werkhervattingsprogramma, dient rekening gehouden te worden met type dienstverband voorafgaand aan de ziekmelding, maar ook met burgerlijke staat, intentie om werk te hervatten en de mate waarin zij zich mentaal voorbereiden op werkhervatting.

Marieke van de Wal, van Oort, J. Schouten, B. Thewes, M.F.M. Gielissen, J.B. Prins
Radboudumc, Nijmegen, Nederland

Introductie

Angst voor terugkeer van kanker is normaal voor patiënten in de jaren na diagnose en behandeling van kanker. Bij een deel van de patiënten is deze angst ernstig en invaliderend. In het huidige onderzoek is gekeken naar de prevalentie en de gevolgen van verhoogde angst voor terugkeer van kanker bij patiënten met prostaatkanker.

Methode

In dit cross-sectioneel onderzoek is angst voor terugkeer van de ziekte onderzocht bij patiënten die a) gediagnosticeerd zijn met gelokaliseerde prostaatkanker en b) voor prostaatkanker behandeld zijn met een curatieve radicale prostatectomie in de periode 1992-2012. Deelnemers hebben de volgende vragenlijsten ingevuld: Cancer Worry Scale (CWS), Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Impact of Events Scale (IES), Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer (MAX-PC) en de EORTC QLQ-C30.

Resultaten

In totaal hebben 283 patiënten met prostaatkanker, met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar, de vragenlijsten ingevuld. Ongeveer een derde (36%) van deze patiënten rapporteerde verhoogde niveaus van angst voor terugkeer van kanker (CWS ≥ 14). Zij hadden een lagere kwaliteit van leven, meer fysieke problemen, meer distress en meer post-traumatische stress symptomen dan patiënten met niet-verhoogde angst. Een jongere leeftijd en aanvullende behandeling met radiotherapie waren gecorreleerd aan hogere niveaus van angst.

Conclusie

Angst voor terugkeer van kanker is een probleem bij ruim 1/3 van patiënten met prostaatkanker, zelfs jaren nadat zij de medische behandeling hebben afgerond. Deze verhoogde niveaus van angst hangen sterk samen met psychosociale problemen en een verminderd welzijn.

Ajla Mujic, Matthijs Blankers, B.J.F. Boon, M.W. van Laar, R.C.M.E. Engels
Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland

Introductie

Mede als gevolg van de verbeterende levensverwachting zullen er naar verwachting zo'n 60.000 rokende en 40.000 overmatig drinkende ex-kankerpatiënten in Nederland zijn in 2020. Zij hebben een vergrote kans om opnieuw kanker te ontwikkelen. Roken en alcoholgebruik zijn twee van de belangrijkste leefstijlfactoren die de kans op (tweede) kankers vergroten.

In dit door KWF kankerbestrijding (2015-2019) gesubsidieerde project, worden twee zelfhulp internetinterventies (alcohol/roken) ontwikkeld voor ex-kankerpatiënten en op hun effectiviteit onderzocht, voor en in samenwerking met (ex-)patiënten en oncologen. De internetinterventies worden gebaseerd op behandelingen die reeds effectief zijn bevonden in de algemene populatie.

Methode

Oncologen en ex-kankerpatiënten worden in focusgroepen en middels vragenlijsten betrokken bij de ontwikkeling van de zelfhulpinterventies, waarvan in twee separate gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCTs) de effecten worden vergeleken met die van een informatiebrochure op internet (controlegroep)(roken-RCT: n=317, alcohol-RCT: n=208). Belangrijkste uitkomstmaten zijn het alcoholgebruik (aantal gedronken standaardglazen in de voorafgaande week) en abstinentie van tabak ten tijde van het primaire eindpunt, de meting 6 maanden na randomisatie.

Beoogde resultaten

Naast klinische resultaten worden ook kosten en mogelijke opbrengsten gemeten om een kosten-effectiviteitsanalyse uit te kunnen voeren. Indien succesvol zal een uitrolstrategie worden ontwikkeld in samenwerking met kankerpatiëntenorganisaties.

Conclusie

Om de leefstijl van ex-kankerpatiënten te verbeteren is onderzoek benodigd naar de inzetbaarheid van zelfhulpinterventies via het internet. De resultaten van het huidige onderzoeksproject zullen bijdragen aan de kennis over de (kosten-)effectieve inzetbaarheid van internetzelfhulp bij het reduceren van alcoholgebruik en het stoppen met roken door ex-kankerpatiënten en daarmee aan toekomstbestendige psychosociale oncologische zorg.

PP04

Kritische reflecties bij gecombineerde diepte-interviews met oudere kankerpatiënten en hun mantelzorger.

Leontien Jansen¹, Stephanie Dauphin¹, Marjan Van den Akker², Steven Van Wolputte¹, Tine De Burghgraeve¹, Frank Buntinx¹

¹Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Nederland

²Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

³Instituut voor Antropologisch Onderzoek in Afrika, KU Leuven, Leuven, België

Introductie

De diagnose kanker kan een grote impact hebben op de relatie van een koppel. Het brengt verandering teweeg in hun relatie; rollen veranderen van partners naar patiënt versus mantelzorger. Deze veranderingen kunnen een grote invloed hebben op het fysiek en psychosociaal welzijn van zowel patiënt als zijn/haar mantelzorger.

Methode

De KLIMOP studie is een lopende Vlaams-Nederlandse cohortstudie bestaande uit oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar) en twee controle groepen: jongere kankerpatiënten (50-69 jaar) en oudere patiënten zonder kanker. Zowel de patiënten als hun mantelzorgers worden, door middel van een diepte-interview, bevraagd over hun ervaringen met betrekking tot hun ziekteproces en de zorg voor hun naaste. De interviews worden op hetzelfde moment afgenomen met respect voor elkaars privacy. De interviews vinden plaats vier jaar na diagnose.

Resultaten

Tijdens de pilotfase van dit kwalitatief onderzoek zijn we op een aantal problemen gestuit welke methodologisch, ethisch en praktisch van aard waren. Deze problemen vroegen om een kritisch reflectie met betrekking tot het verdere verloop van het onderzoek en de nazorg van zowel patiënt als mantelzorger. Deze kritische reflecties zullen gepresenteerd worden tijdens het congres.

Conclusie

Door het identificeren en beschrijven van de problemen die we zijn tegengekomen in ons onderzoek, willen we een kritische blik werpen op de methodologische en ethische afwegingen die voortkwamen uit onze gecombineerde onderzoeksopzet. Het bespreken van deze kritische reflecties kan andere toekomstige onderzoekers helpen in het maken van betere methodologische en ethische keuzes.

Femke Jansen¹, Claire Snyder², René Leemans¹, Irma Verdonck-de Leeuw¹

¹VU medisch centrum, Amsterdam, Nederland

²Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, USA

Introductie

De EORTC generieke kwaliteit van leven vragenlijst (EORTC QLQ-C30) en de bijbehorende module voor hoofd-halskankerpatiënten (EORTC QLQ-H&N35) worden zowel in onderzoek als in de klinische praktijk veelvuldig gebruikt. In eerdere studies van Snyder e.a. (Qual Life Res 2010,2013,2015) zijn afkapwaarden bepaald voor 6 van de 14 QLQ-C30 schalen. Deze afkapwaarden zijn gebaseerd op on vervulde behoeften aan begeleidende zorg. Het doel van deze studie was het repliceren van deze afkapwaarden bij hoofd-halskankerpatiënten en het bepalen van nieuwe afkapwaarden voor de QLQ-H&N35 schalen.

Methode

In totaal hebben 96 hoofd-halskankerpatiënten de EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35 en vragen over de behoefte aan begeleidende zorg (Supportive Care Needs Survey (SCNS) Short-Form 34 en de SCNS hoofd-halskanker module) beantwoord. Van alle EORTC schalen die voldoende onderscheid maken tussen patiënten met en zonder on vervulde behoeften aan begeleidende zorg (area under the receiver operating characteristic curve $\geq .70$), is de sensitiviteit, specificiteit, en positief en negatief voorspellende waarden van potentiële afkapwaarden berekend.

Resultaten

Afkapwaarden met sensitiviteit ≥ 0.80 en specificiteit ≥ 0.60 zijn gevonden voor 7 schalen: fysiek functioneren (90), rol functioneren (90), emotioneel functioneren (90), sociaal functioneren (90), slikken (5), seksualiteit (10) en plakkerig speeksel (10). Daarnaast zijn afkapwaarden met sensitiviteit ≥ 0.70 en specificiteit ≥ 0.60 of sensitiviteit ≥ 0.80 en specificiteit ≥ 0.50 gevonden voor 5 andere schalen: globale kwaliteit van leven (80), vermoeidheid (20), pijn in de mond (10), spraak (10/20/30) en eten in gezelschap (5).

Conclusie

De eerder bepaalde afkapwaarden konden voor 5 van de 6 QLQ-C30 schalen worden gerepliceerd. Daarnaast zijn nieuwe afkapwaarden voor sociaal functioneren en diverse QLQ-H&N35 schalen bepaald. Verder onderzoek is nodig naar de repliceerbaarheid van deze afkapwaarden bij niet-Nederlandse patiënten en de bruikbaarheid van deze afkapwaarden in de klinische praktijk.

POSTEROVERZICHT

P02

Studie protocol van de CORRECT multicenter randomized controlled trial: effectiviteit van een combinatie van online en face-to-face cognitieve gedragstherapie in het behandelen van psychologische distress bij patiënten met colorectalkanker

L. Leermakers¹, B. Thewes¹, A.M.J. Braamse², E.H. Collette², J. Dekker², J.B. Prins¹

¹Radboudumc, Nijmegen, Nederland

²VUmc, Amsterdam, Nederland

Introductie

In de fase na curatieve behandeling van colorectalkanker ervaart ongeveer 35% van de patiënten psychologische distress. Momenteel ontbreekt echter een evidence-based behandeling in het verminderen van distress bij colorectalkanker patiënten. De CORRECT-interventie richt zich op het verminderen van zowel angst- en depressieve klachten, als distress veroorzaakt door de lichamelijke gevolgen van colorectalkanker. De interventie is een combinatie van online en face-to-face cognitieve gedragstherapie, ook wel 'blended care' genoemd. In de huidige studie wordt de CORRECT-interventie ontwikkeld, en wordt het effect van deze interventie op vermindering van distress onderzocht.

Methode

De CORRECT-studie is een randomized controlled trial. Een steekproef van 152 patiënten die curatief behandeld zijn voor colorectalkanker en verhoogde mate van distress ervaren worden gerekruteerd in het Radboudumc, VUmc en regionale ziekenhuizen. Participanten worden gerandomiseerd in de interventie conditie (individuele cognitieve gedragstherapie) of de controle conditie (reguliere zorg). De interventie bestaat uit 5 face-to-face gesprekken met een psycholoog, 3 online contactmomenten en het gebruik van een interactieve website. De primaire uitkomstmaat is psychologische distress (BSI-18). Secundaire uitkomstmaten zijn Kwaliteit van Leven (EORTC-QLQ-C30 en CR38) en angst- en depressieve klachten (CWS en HADS). Metingen vinden plaats op baseline (vóór randomisatie) en op 4 en 7 maanden na baseline.

Resultaten

De ontwikkeling van het behandelprotocol behorende bij de CORRECT-interventie zal gepresenteerd worden.

Conclusie

Bij gebleken effectiviteit zal deze evidence-based behandeling kunnen worden geïmplementeerd in de klinische praktijk zodat deze een bijdrage levert aan het verbeteren van de kwaliteit van leven in de groeiende groep patiënten die verder leeft na colorectalkanker.

Danielle Zweers, Everlien de Graaf, Saskia Teunissen
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht, Nederland

Introductie

Inzet van meetinstrumenten, om angst bij kankerpatiënten in de palliatieve fase in kaart te brengen, is niet gebruikelijk. Literatuur leert dat instrumenten noodzaak zijn voor 1) vroegtijdige signalering, 2) in kaart brengen oorzaken, 3) diagnostisering en 4) verbetering van interdisciplinaire communicatie. Ondanks de beschikbaarheid van gevalideerde instrumenten is onduidelijk welke instrumenten passend zijn in palliatieve zorg.

Methode

Medline, Embase, Cochrane, Cinahl en PsychINFO werden systematisch doorzocht naar toepasbare, betrouwbare en valide meetinstrumenten om angst te meten in dagelijkse zorg voor kankerpatiënten in de palliatieve fase.

Resultaten

11 studies met 9 meetinstrumenten werden geïnccludeerd; 8 meetinstrumenten werden ingevuld door patiënt zelf, 2 door patiënt en observant, 1 door alleen de observant waarbij de likert scale het meest werd gebruikt. Concrete doelstelling van instrumenten werd nauwelijks beschreven.

Conclusie

Kennis over psychometrische eigenschappen en toepasbaarheid van instrumenten om angst te meten in dagelijkse zorg is schaars. Patiënten worden geconfronteerd met verschillende meetinstrumenten, soms met hetzelfde doel, ingezet door verschillende professionals a.g.v. het multidimensionele karakter van palliatieve zorg.

Discussie

Inzet van meetinstrumenten moet gericht zijn op de behoefte van de patiënt. Onze benadering categoriseert meetinstrumenten langs doelen van meten: 1) vroeg signaleren, 2) monitoren, 3) screenen en 4) diagnosticeren. Bij vroegsignalering is een brede kijk op problemen wenselijk, een antwoord met aan- of afwezig volstaat (Lastmeter). Met monitoringsinstrumenten kan intensiteit van problemen in kaart worden gebracht (Utrechts Symptoom Dagboek). De screeningsfase onderzoekt of er sprake is van behandelbare diagnose (Hospital Anxiety and Depression Scale). In de diagnostische fase worden de DSM criteria toegepast. Deze verschillende fases zijn oplopend in complexiteit en benodigde competenties. Onderzoek is nodig om te bepalen of deze geïntegreerde benadering daadwerkelijk verschil gaat maken.

Positieve psychologische veranderingen bij overlevers van hoofd-halskanker met een hoge mate van distress

Karen Holtmaat¹, Nadia van der Spek¹, Pim Cuijpers¹, René Leemans², Irma Verdonck-de Leeuw²

¹Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland

²VU Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland

Introductie

Er is overtuigend bewijs dat er positieve psychologische veranderingen, zoals posttraumatische groei en benefit finding, kunnen optreden bij overlevers van hoofd-halskanker (HHK). Er is echter weinig bekend over positieve psychologische veranderingen bij HHK overlevers met een hoge mate van distress. Deze cross-sectionele studie heeft als doel de mate van positieve psychologische veranderingen bij HHK overlevers met distress te onderzoeken en te kijken naar de samenhang met angst- en stemmingsstoornissen, stoornissen in het gebruik van nicotine en alcohol en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

Methode

Vierenzeventig HHK overlevers met distress hebben de Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), de Hospital Anxiety and Depression Scale en de EORTC Quality of Life Questionnaire ingevuld. Angst- en stemmingsstoornissen en stoornissen in het gebruik van nicotine en alcohol werden vastgesteld met het Composite International Diagnostic Interview.

Resultaten

Tien procent van de HHK overlevers met distress gaf aan positieve psychologische veranderingen enigszins tot sterk te ervaren. De gemiddelde score op de PTGI was 30.8 (SD=19.7). De sterkste veranderingen werden gerapporteerd op de subschaal Relaties met anderen. Een regressiemodel met tumorstadium, angststoornis, stoornis in het gebruik van alcohol en sociaal functioneren bleek de PTGI score het beste te voorspellen ($F(4,64)=7.565$, $p<.000$, $R^2=.321$).

Conclusie

In deze populatie van HHK overlevers met distress bleken positieve psychologische veranderingen relatief weinig voor te komen. De sterkste veranderingen werden ervaren op het gebied van relaties met anderen. Positieve psychologische veranderingen hangen samen met een lager tumorstadium, afwezigheid van een angststoornis, afwezigheid van een stoornis in het gebruik van alcohol en beter sociaal functioneren.

Fieke Bruggeman-Everts, Joost Bruggeman, Marije van der Lee
Helen Dowling Instituut, Bilthoven, Nederland

Aanleiding

Het onderzoeksproject 'Fitter na kanker' ¹ is een 3-armige RCT waarin twee online interventies voor chronische vermoeidheid na kanker worden geëvalueerd: online Mindfulness-Based Cognitive therapy (eMBCT) begeleid door een psycholoog ² en Ambulant Activity Feedback (AAF) begeleid door een fysiotherapeut ³. Beide interventies duren 9 weken.

Patienten & Methoden

Momenteel wordt er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar persoonlijke ervaringen van patiënten met het volgen van deze interventies. De methode die hierbij wordt gehanteerd is de Interpretatieve Fenomenologische Analyse (IPA)⁴. De data zal worden verzameld aan de hand van 20 semigestructureerd interviews na afloop van de interventies (eMBCT n=10; AAF n= 10). Het doel van deze interviews is het in kaart brengen van a) welke elementen van de interventies volgens de patiënten hebben geholpen bij het verminderen van vermoeidheid, en welke juist niet (ervaren werkingsmechanismen), en (b) in hoeverre de interventies aansloten bij de ervaren klachten.

Resultaten/Conclusie

De interviews worden afgenomen in oktober-november 2015, en resultaten worden verwacht in januari 2016.

1. Wolvers MD, Bruggeman-Everts FZ, Van der Lee ML, Van de Schoot R, Vollenbroek-Hutten MM. Effectiveness, Mediators, and Effect Predictors of Internet Interventions for Chronic Cancer-Related Fatigue: The Design and an Analysis Plan of a 3-Armed Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2015;4(2):e77. doi:10.2196/resprot.4363.
2. Bruggeman-Everts FZ, van der Lee ML, de Jager Meezenbroek E. Web-based individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy for cancer-related fatigue "" A pilot study. *Internet Interv*. 2015;2(2):200-213. doi:10.1016/j.invent.2015.03.004.
3. Wolvers MDJ, Vollenbroek-Hutten MMR. An mHealth Intervention Strategy for Physical Activity Coaching in Cancer Survivors. In: *Personalization and Adaptation in Technology for Health Workshop Held in Conjunction with 23rd Conference on User Modelling, Adaptation and Personalization (UMAP 2015), At Dublin, Ireland.*; 2015:1-12.
4. Pietkiewicz I, Smith JA. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychol J*. 2014;18:361-369. doi:10.14691/CPPJ.20.1.7.

Interesse in lotgenotencontact voor vrouwen met een erfelijke aanleg voor borstkanker: Resultaten van een online enquête

Maarten Fischer¹, J.P. Gopie¹, M. Den Heijer², S.R. Muntz¹, M. Bergmans³, A. Tibben¹

¹LUMC, Leiden, Nederland

²Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, Nederland

³Borstkanker Vereniging Nederland, Utrecht, Nederland

Introductie

Onderzoek toont aan dat een substantieel deel van de vrouwen met een BRCA-genmutatie psychosociale problemen op langere termijn ervaart. Er is echter tot op heden weinig bekend over de behoefte aan ondersteuning van deze populatie. In een online enquête werd de interesse in een gespreksgroep voor lotgenoten onderzocht.

Methode

De enquête werd geplaatst op de website www.bforce.nl. De enquête bevatte vragen over sociodemografische achtergrond en behandelsituatie, onderverdeeld in drie groepen (1. (nog) geen borstoperatie ondergaan; 2. preventieve borstoperatie ondergaan; 3. geopereerd na de diagnose borstkanker). Daarnaast werd gevraagd óf, en wanneer in het behandeltraject, respondenten contact met lotgenoten zouden wensen. Ook werd gevraagd welke thema's men zou willen bespreken met lotgenoten.

Resultaten

De enquête werd ingevuld door 154 vrouwen met een erfelijke/familiaire belasting. Vijfenvijftig procent van de vrouwen wenst(e) op enig moment contact met lotgenoten. Vrouwen met een wens tot lotgenotencontact waren jonger dan vrouwen die hier geen behoefte aan hadden en hadden vaker een partner. Onder de vrouwen die geopereerd waren ná de diagnose borstkanker was de behoefte aan lotgenotencontact lager (45%) dan bij de andere twee groepen (62-68%). Van de vrouwen die een borstoperatie hebben ondergaan gaf 15-39% aan dat ze vóór hun operatie contact met lotgenoten hadden gewild. Veranderingen in het lichaam (73%) en omgaan met verlies of rouw (62%) werden het meest genoemd als relevante thema's voor een gespreksbijeenkomst.

Conclusie

Een substantieel deel van de vrouwen met een erfelijke aanleg voor borstkanker is geïnteresseerd in contact met lotgenoten. Het organiseren van regionale bijeenkomsten kan in de behoefte aan informatie en lotgenotencontact voorzien. Het verdient aanbeveling om vrouwen met een vastgestelde BRCA-mutatie in een vroeg stadium, liefst voor een eventuele operatie, te informeren over de mogelijkheden tot lotgenotencontact.

Claudia Schroder-Baars¹, Charles Helsper², Anne May², Ietje Perfors², Niek de Wit², Nelly van Uden³, Irma Verdonck³, Inge Mohede⁴, Laurence Maes¹, Elsken van der Wal⁵

¹Levenmetkanker, UTRECHT, Nederland

²UMC Utrecht Julius Centrum, Utrecht, Nederland

³VUmc, Amsterdam, Nederland

⁴Nutricia, Zoetermeer, Nederland

⁵UMC Utrecht, Utrecht, Nederland

Introductie

Vanwege een vergrijzende patiëntenpopulatie en verbeterde behandelmethoden neemt het aantal patiënten met kanker en ex-kankerpatiënten toe. Patiënten hebben steeds meer behoefte aan eigen regie bij hun ziekteproces en het maken van eigen keuzes. Vorig jaar is daarom het co-creatie project "GRIP op leven met kanker" gestart. Binnen dit project van Levenmetkanker, UMC Utrecht, VUmc en Nutricia worden bestaande initiatieven gericht op empowerment van patiënten gebundeld, verder ontwikkeld en geïmplementeerd.

Methode

Het GRIP project bestaat uit vier deelprojecten welke na de diagnose kanker ingezet worden: (1) een multicenter, gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek naar het effect van gestructureerde eerstelijnszorg voor patiënten met kanker, waarvoor 150 patiënten met borst-, darm-, long- en prostaatkanker of melanoom worden geïncludeerd. Primaire uitkomsten zijn: patiënttevredenheid en zorggebruik; (2) de digitale toolbox keuzeondersteuning via www.kanker.nl; (3) onderwijs voor huisartsen en oncologieverpleegkundigen en (4) Oncokompas, web-based ondersteuning na de diagnose kanker. Verder levert het project een aanzet tot transmurale afspraken op.

Resultaten

De tussenstand van het onderzoek en de ervaringen van verpleegkundig specialisten uit het UMCU worden voorgelegd, evenals reeds gerealiseerde resultaten van het GRIP project, zoals een toolbox keuze-ondersteuning voor patiënten, het gerealiseerde onderwijs en de uitwerking en uitbreiding van het Oncokompas.

Conclusie

Door de toenemende zorgvraag en grotere behoefte aan eigen regie door patiënten met kanker krijgen de eerste lijn en digitale keuzeondersteuning een grotere rol bij begeleiding vanaf de diagnose. Het GRIP project geeft vorm aan deze nieuwe wijze van begeleiding.

Kristin Amsoms¹, Annelies Verachtert¹, Peter Theuns², Sabien Bauwens³, Catherine Baillon³, Angélique Verzenen¹, Wim Distelmans³, Eva Jacobs¹, Sofie Eelen¹, Lieve Vanderlinden⁴

¹Cédric Hèle instituut, Mechelen, Belgium

²Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium

³Universitair Ziekenhuis Brussel, Oncologisch centrum, Brussel, Belgium

⁴Kom Op tegen Kanker, Brussel, Belgium

Introductie

In 2008 voerde het Cédric Hèle instituut (CHI), Vlaams instituut voor psychosociale oncologie, een studie uit naar de prevalentie van burn-out in de oncologie in Vlaanderen. Op basis van de resultaten werd een vervolgonderzoek opgezet om de psychologische impact van werken in een oncologische setting verder te exploreren alsook de rol van zelfeffectiviteit op dit domein na te gaan.

Methode

Het CHI verspreidde digitale vragenlijsten naar (para)medische teams die werken met oncologische patiënten, intra- en extramuraal. Een eerste deel van de vragenlijst bevatte demografische en werkgerelateerde gegevens. In het tweede deel werd The Health Professions Stress Inventory gebruikt om de stresservaringen van oncoprofessionelen in kaart te brengen. The Dutch General Self-Efficacy Scale gaf in het derde deel zicht op de perceptie van zelfeffectiviteit van de deelnemers. Om de "professionele levenskwaliteit" te meten in termen van compassion satisfaction, burn-out en secundaire traumatische stress werd er voor de ProQoL (Version 5, 2009) gekozen.

Resultaten

De resultaten zijn gebaseerd op data van 548 deelnemers. 21% van de deelnemers scoort laag op compassion satisfaction. Er is een indicatie dat, respectievelijk, 23% en 24% van de deelnemers een verhoogd risico heeft voor burn-out en compassion fatigue. De kwetsbaarheid t.a.v. burn-out en secundaire traumatische stress zijn niet significant verschillend voor medische en paramedische disciplines. De belangrijkste voorspellers voor de mate waarin professionelen hun zelfeffectiviteit inschatten zijn het aantal jaren ervaring in de oncologie, stress door gebrek aan professionele erkenning en ondersteuning en stress door onzekerheid omtrent de zorg voor de patiënt.

Conclusie

De mate van zelfeffectiviteit heeft een invloed op het ontwikkelen van burn-out en secundaire traumatische stress alsook op de voldoening (compassion satisfaction) die professionelen halen uit het meeleven met oncologische patiënten. De resultaten van de studie geven de stressoren weer die oncoprofessionelen ervaren en bieden aanbevelingen om de levenskwaliteit van oncoprofessionelen te verhogen.

Marga Keeman¹, Catherine Bolman¹, Miranda Velthuis², Brigitte Gijsen², A.H. Vrieling³, B. van de Weg⁴, E. van Haneghem⁵, M. van Vianen⁶, L. Slot⁷, W. Hokken⁸, Lilian Lechner¹

¹Open Universiteit, Heerhugowaard, Nederland

²IKNL, Utrecht, Nederland

³UMC Groningen, Beatruxoord, Groningen, Nederland

⁴Revant, Breda, Goes, Nederland

⁵UMC Utrecht, de Hoogstraat, Utrecht, Nederland

⁶Rijndam, Rotterdam, Dordrecht, Schiedam, Nederland

⁷Roessingh, Enschede, Nederland

⁸Meander Medisch Centrum, Amersfoort, Nederland

Introductie

Ruim een kwart van de (ex)kankerpatiënten heeft fysieke en psychosociale (rest)klachten en behoefte aan professionele hulp zoals revalidatie. De richtlijn Oncologische revalidatie biedt oncologische (revalidatie) zorgverleners evidence-based aanbevelingen voor signalering van (rest)klachten, verwijzing naar en uitvoering van oncologische revalidatie in alle ziektefasen. In het implementatieproject (2012-2014) is de richtlijn geïmplementeerd en de mate van toepassing in de praktijk geëvalueerd. Tevens zijn uitkomsten van de oncologische revalidatie voor vermoeidheid, depressieve klachten en kwaliteit van leven van de revalidanten onderzocht.

Methode

Zes revalidatiecentra/revalidatieafdelingen participeerden in het implementatieproject. De evaluatie is uitgevoerd met online geregistreerde patiëntgegevens (N=764). Analyses zijn uitgevoerd met beschrijvende statistiek, kruistabellen, t-testen en variantieanalyses.

Resultaten

Voor tussen de 25 (Lastmeter) tot 2 (BORG, CES-D, PSK) van de 764 patiënten (3.3% - 0.3%) zijn de aanbevolen klachtsignaleringslijsten door de oncologische zorgverleners meegestuurd naar de intake. Bij 566 (74%) is de intake uitgevoerd door of onder supervisie van een oncologische revalidatie specialist. Bij 543 (71%) patiënten zijn bij de intake doelstellingen voor de oncologische revalidatie opgesteld. Tweederde van de (ex) kankerpatiënten bleek na intake geïndiceerd voor de modulaire revalidatieprogramma's. Op vermoeidheid, depressieve klachten en kwaliteit van leven werden na oncologische revalidatie op basis van gepaarde t-testen significante verbeteringen gevonden, met de grootste effecten op fysieke vermoeidheid en rolfunctioneren.

Conclusie

De aanbevelingen uit de richtlijn Oncologische revalidatie werden in intake en het modulaire revalidatieprogramma goed toegepast. Het meesturen van klachtsignaleringslijsten vanuit de oncologie naar de revalidatiezorg is voor verbetering vatbaar. De revalidatie bracht de patiënten vermindering van vermoeidheid en depressieve klachten en verbetering van kwaliteit van leven, maar gegeven het onderzoeksdesign kan niet eenduidig worden geconcludeerd dat de effecten toe te schrijven zijn aan de revalidatie.

Thecla Brakel

Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

Introductie

Bij voorgaand onderzoek bleek bij kankerpatiënten - die de behandeling in het ziekenhuis hadden afgerond - dat als ze blootgesteld werden aan verhalen van lotgenoten, hun kwaliteit van leven (KvL) op de lange termijn slechter werd bij neerwaarts identificeren en opwaarts contrasteren met de vergelijkingssanderen. In het huidige onderzoek wilden we deze effecten voorkomen door het toepassen van een sociale vergelijkinsinterventie die deze processen tegengaat.

Methode

Kankerpatiënten met een afgeronde behandeling ($N = 77$; $M_{\text{leeftijd}} = 50$ jaar; 72.7% vrouwen) werden in dit longitudinale veldonderzoek gerandomiseerd toegewezen aan ofwel een opwaartse vergelijking waarbij ze overeenkomsten tussen zichzelf en de lotgenoten in het script moesten noteren ofwel een neerwaartse vergelijking waarbij verschillen genoteerd moesten worden. De andere helft van de patiënten werd toegewezen aan een opwaartse en een neerwaartse controleconditie zonder aandachtspunten. Er was een voormeting en een nameting 9 weken later waarbij KvL en eigeneffectiviteit gemeten werden. Resultaten: Er werd een interactie-effect gevonden voor KvL ($p = .47$). De participanten vertoonde een hogere KvL in de interventiecondities en met name bij de neerwaartse vergelijking waarbij op de verschillen gelet moest worden. Daarnaast was er een hoofdeffect van conditie voor eigeneffectiviteit ($p = .23$) waarbij de interventiecondities voor de hoogste eigeneffectiviteit zorgden.

Conclusie

Een simpele interventie waarbij gevraagd werd te letten op overeenkomsten dan wel verschillen passend bij de richting van vergelijking, liet positieve effecten zien op de lange termijn. Deze resultaten kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een op wetenschap gebaseerde en op het individu afgestemde behandeling voor de klinische praktijk.



We want our research to contribute to the progress of medicine

- **Cardiovascular**
- **Oncology**
- **Diabetes**
- **Psychiatry**
- **Rheumatology**

 Volg ons @NVPO_nl

Congressecretariaat

Congress Care



Postbus 440
5201 AK 's-Hertogenbosch
Tel 073 690 1415
info@congresscare.com
www.congresscare.com



Nederlandse Vereniging
Psychosociale Oncologie