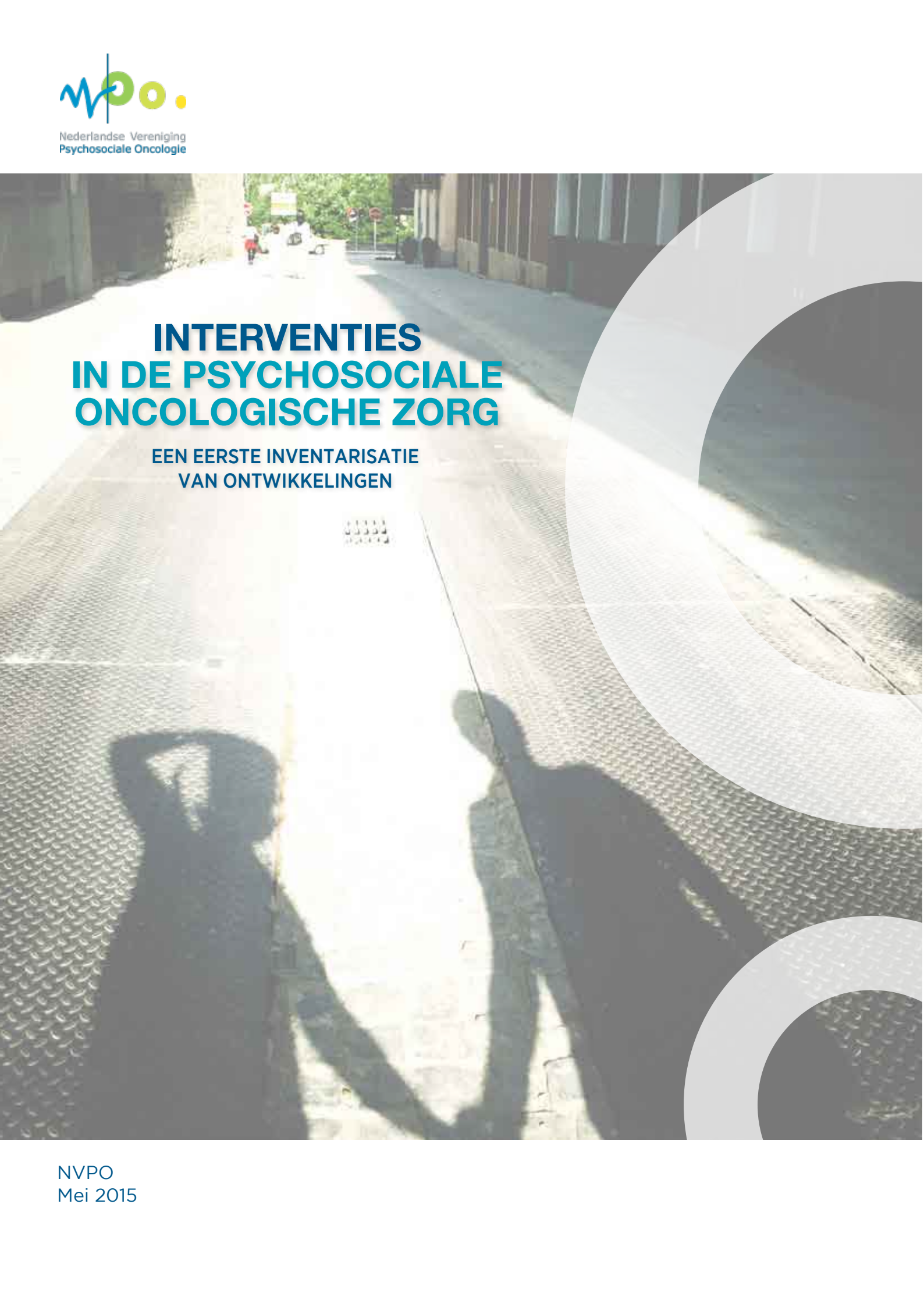




INTERVENTIES IN DE PSYCHOSOCIALE ONCOLOGISCHE ZORG

**EEN EERSTE INVENTARISATIE
VAN ONTWIKKELINGEN**

COLOFON

De Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO), opgericht in 1993, is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor professionals werkzaam in de psychosociale oncologie. De NVPO zet zich in voor de ontwikkeling en bevordering van kennis met betrekking tot de psychosociale oncologie en voor professionele, toegankelijke en tijdige psychosociale zorg als integraal onderdeel van oncologische zorg. Als zodanig maakt de NVPO zich sterk voor het toegankelijk en inzichtelijk maken van het aanbod aan psychosociale oncologische zorg in Nederland, alsmede van ontwikkelingen op dit terrein. Dit rapport is de weerslag van een inventarisatie van de NVPO naar interventies op het gebied van de psychosociale oncologische zorg die aangeboden worden aan mensen met kanker en hun naasten.

Het volledige rapport is online beschikbaar op de website van de NVPO: www.nvpo.nl

© NVPO
Delflandlaan 10
1062 EB Amsterdam
t: 020-341 58 12
e: nvposecr@nvpo.nl
w: www.nvpo.nl

Mei 2015

Redactie: Evelien Spelten, Chantal Lammens, Vivian Engelen
Vormgeving: Julia van Vuuren



Deze inventarisatie is financieel mogelijk gemaakt door KWF-Kankerbestrijding

Voorwoord

In de loop der jaren is er een uitgebreid palet aan Psychosociale oncologische zorg (PSOZ) ontstaan. Naast het reguliere behandelaanbod binnen de PSOZ, zijn er altijd ontwikkelingen gaande en worden er nieuwe Psychosociale oncologische interventies (verder PSO-interventies) ontwikkeld. De praktijk wijst uit dat het niet altijd eenvoudig is om te ontdekken wát er nu waar en voor wie aangeboden wordt: een overzicht van PSO-interventies ontbreekt.

De NVPO zet zich als wetenschappelijke beroepsvereniging in voor de ontwikkeling en de bevordering van kennis met betrekking tot de psychosociale oncologie en voor professionele, toegankelijke en tijdige psychosociale zorg als integraal onderdeel van oncologische zorg. De NVPO heeft daarom opdracht gegeven om een eerste inventarisatie te maken van ontwikkelingen op het gebied van PSO-interventies in Nederland.

Dit rapport is de weerslag van deze inventarisatie van interventies die, al dan niet in onderzoeksverband, aangeboden worden aan mensen met kanker en hun naasten. Dit rapport is daarmee geen weerslag van het volledige zorgaanbod in de PSOZ.

Het overzicht van interventies geeft, in combinatie met de jaarindex PSO waarin lopend wetenschappelijk onderzoek op het gebied van psychosociale oncologie wordt beschreven, zicht op ontwikkelingen op het terrein van de PSOZ in Nederland. Dit rapport is vrij toegankelijk via www.nvpo.nl

Wij hopen dat dit rapport bijdraagt aan het bevorderen van uw professionaliteit.

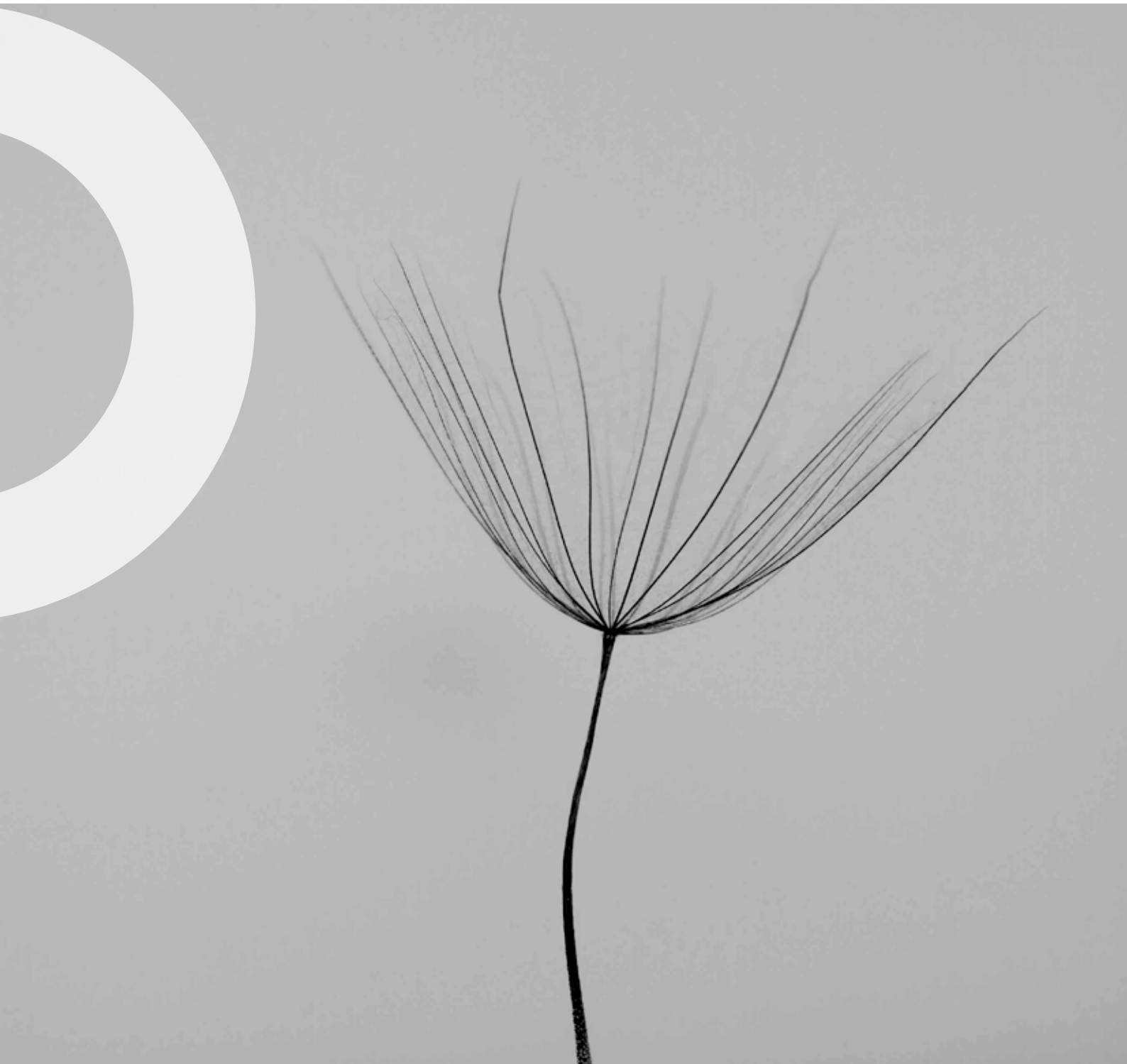
De redactie van het interventieproject

Dr. C.R.M. Lammens
Dr. E.R. Spelten
Dr. V. Engelen



Inhoudsopgave

	<u>LEESCOMMISSIE</u>	7
	<u>SAMENVATTING</u>	8
	<u>ABSTRACT</u>	10
	<u>LEESWIJZER</u>	13
1	<u>INLEIDING</u>	14
1.1	<u>Achtergrond</u>	14
1.2	<u>Projectdoelstelling</u>	16
2	<u>OPZET INVENTARISATIE</u>	17
2.1	<u>Selectiecriteria PSO-interventie</u>	17
2.2	<u>Methode</u>	18
3	<u>OPBRENGST VAN DE INVENTARISATIE</u>	19
3.1	<u>Ontvangen vragenlijsten</u>	19
3.2	<u>Resultaten in perspectief</u>	19
4	<u>CONCLUSIE EN DISCUSSIE</u>	22
4.1	<u>Kernboodschap</u>	22
4.2	<u>Opbrengst van de inventarisatie</u>	22
4.3	<u>Discussie aangaan</u>	22
4.4	<u>Tot slot</u>	24
5	<u>INTERVENTIE PROFIELEN</u>	25
	<u>REFERENTIES</u>	168
	<u>BIJLAGEN</u>	169
1.	<u>Vragenlijst</u>	170
2.	<u>Aanbiedingsbrief</u>	174



Leescommissie

Voor dit rapport is een leescommissie ingesteld, bestaande uit:

Dr. E. Aukema	Hoofd Ingeborg Douwes Centrum (IDC); GZ-Psycholoog. Voorzitter bestuur IPSO psycho-oncologische centra
Dr. J. Elberse	Scout Translationeel Onderzoek, Onderzoekscoördinator PSO, KWF Kankerbestrijding
Prof. dr. M Grootenhuis	Hoogleraar Psychosociale zorg voor het chronisch zieke kind, Hoofd Psychosociale Afdeling Emma Kinderziekenhuis, AMC, Amsterdam
Drs. L. van der Meer	Algemeen lid NVPO bestuur; klinisch psycholoog, afdeling klinische genetica LUMC
Dr. M. van der Pol	Voorzitter NVPO stuurgroep Project 'Naar betere psychosociale zorg voor mensen met kanker', algemeen bestuurslid NVPO (tot juni 2015), Bestuurssecretaris ZRTI
Drs. F. Postma-Schuit	Lid Raad van Advies NVPO, arts, lid Raad van Advies IPSO, voorzitter Commissie Psychosociale zorg Pink Ribbon

Wij willen de leden van de commissie hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan deze inventarisatie.

Samenvatting

Achtergrond

Bijna 3,5% van alle Nederlanders leeft met kanker of heeft in het verleden kanker gehad. Ongeveer 70% van de mensen met kanker heeft voldoende steun aan de basale psychosociale oncologische zorg (PSOZ) die zorgverleners zoals artsen en verpleegkundigen bieden. Echter, zo'n 30% heeft door de diagnose kanker en de behandeling(en) aanhoudende psychosociale klachten. Deze groep kan gebaat zijn bij een verwijzing naar een in de oncologie gespecialiseerde psychosociale zorgverlener.

In de loop der jaren is er een uitgebreid palet aan PSOZ ontstaan. Tegelijkertijd zijn er altijd ontwikkelingen gaande en worden er nieuwe interventies ontwikkeld. Dit is relevant aanbod, waar mensen met kanker en hun naasten, maar ook zorgprofessionals, beleidsmakers, onderzoekers en zorgverzekeraars kennis van moeten kunnen nemen. De praktijk wijst uit dat het niet altijd eenvoudig is om te ontdekken wát er nu waar en voor wie aangeboden wordt; een overzicht van ontwikkelingen ten aanzien van Psychosociale oncologische interventies (verder: PSO-interventies) ontbreekt tot op heden.

De NVPO heeft daarom het project 'Inventarisatie ontwikkelingen PSO-interventies' opgezet. Met deze inventarisatie wil de NVPO patiënten, zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers inzicht geven in de huidige ontwikkelingen op het gebied van PSO-interventies in Nederland.

De inventarisatie draagt bij aan kennistranslatie door het overzichtelijk maken van het aanbod van PSO-interventies. De resultaten kunnen gebruikt worden bij discussies over betaalbare en toegankelijke hoogwaardige PSOZ.

Mailing

Het werkveld is rechtstreeks benaderd met het verzoek om interventies aan te leveren aan de hand van een semigestructureerd vragenlijst. De vragenlijst is per email uitgestuurd naar NVPO-leden, bij de NVPO bekende onderzoekers werkzaam in de psychosociale oncologie, ziekenhuizen (afdelingen medische psychologie en medisch maatschappelijk werk), deelnemers aan NVPO/IKNL-intervisie die geen NVPO-lid zijn en instanties in de (psychosociale) oncologie (bijvoorbeeld IPSO). In totaal zijn ongeveer 1000 email adressen aangeschreven.

Criteria

Voor opname in het rapport zijn de interventies beoordeeld door een redactiecommissie aan de hand van de volgende criteria:

1. *Oncologie-specifiek*
2. *Aangeboden door (basale) professionele zorgverleners*
3. *Vorm van de interventie: niet alleen face-to-face*
4. *Gericht op preventie of verbetering van psychosociaal welzijn*
5. *Psychosociaal maar ook fysiek herstel*
6. *Duidelijk omschreven, overdraagbaar en opschaalbaar*
7. *Ontwikkeld en/of aangeboden in Nederland*

66 Profielen

De eerste inventarisatie naar ontwikkelde PSO-interventies heeft als resultaat een overzicht van 66 PSO-interventies opgeleverd. Die zijn in onderling vergelijkbare profielen weergegeven in hoofdstuk 5 van dit rapport. Samenvattend kan gesteld worden dat de opgenomen interventies:

- Qua probleemgebied, zich in meerderheid (63%) richten op depressieve klachten, angst en distress;
- Zich voor 24% richten op fysiek functioneren, waarvan 63% specifiek gericht is op het verminderen van vermoeidheidsklachten en 37% op het verbeteren van de lichamelijke fitheid/conditieherstel;
- In meerderheid niet gespecificeerd zijn naar een vorm van kanker (61%)
- Zich vooral richten op volwassenen (65%);
- Vaak worden uitgevoerd door of in samenwerking met een psycholoog (52%);
- Nog niet altijd landelijke beschikbaar zijn voor patiënten, maar vaak wel lokaal of regionaal;
- Meestal ontwikkeld worden door een gerenommeerd onderzoeksinstituut;
- In een kwart van de gevallen geen wetenschappelijke onderbouwing hebben.

Beperkingen van de inventarisatie

De inventarisatie is tot stand gekomen door het gericht aanschrijven van een bepaalde doelgroep: zorgverleners en onderzoekers. Dit heeft uiteraard invloed op het eindresultaat. Het resultaat is afhankelijk van wie aangeschreven is en wie op de oproep gereageerd heeft.

De inventarisatie is ook een momentopname. Alhoewel er niet van de een op andere dag veel nieuwe interventies zullen ontstaan, staan de ontwikkelingen niet stil. Tot slot betreft dit rapport een inventarisatie en

dus geen wetenschappelijk onderzoek of een poging om het volledige veld aan PSOZ in kaart te brengen.

Input voor discussie

Met dit rapport wil de NVPO input geven aan een discussie met het volledige veld over PSOZ in het algemeen en ontwikkelingen op het gebied van PSO-interventies in het bijzonder. Mede als input voor deze discussie en in lijn met de missie van de NVPO, hopen wij dat dit rapport bijdraagt aan:

- De verdere ontwikkeling van PSO-interventies in het algemeen;
- Waar nodig aandacht voor nadere wetenschappelijke onderbouwing;
- De bevordering van kennis over ontwikkelde PSO-interventies om de toegankelijkheid te vergroten en implementatie op meerdere plaatsen te bevorderen;
- De discussie over betaalbaarheid van de PSOZ in relatie tot ontwikkelingen op dit terrein;
- De integratie van PSOZ in de oncologische zorg, zodat signalering van klachten en verwijzing naar passende zorg (waaronder beschikbare en effectieve PSO-interventies) standaard praktijk wordt.

Abstract

Background

Around 3.5% of the Dutch population live with cancer or have had cancer in the past. About 70% of cancer patients are supported sufficiently by the basic psychosocial oncological care (in Dutch PSOZ) that is being offered by health care professionals such as doctors and nurses. However, 30% of patients experience ongoing psychosocial complaints as a result of their illness or treatment. This group would benefit from a referral to a health care worker with a specialisation in psychosocial oncological care.

Over the years, a wide array of 'PSOZ' has evolved. And there are always new developments and new interventions in the making. Patients and their relatives but also health care professionals, policy makers, researchers and health insurers should be able to take note of these developments. However, it is not always easy to discover who is offering what and for whom: to date, an overview of developments in relation to Psychosocial oncological interventions (PSO-interventions) is lacking.

Therefore the NVPO has initiated a project called: Inventory of developments in PSO-interventions. The NVPO hopes that this inventory provides insight in the current development in PSO-interventions in the Netherlands for patients, health carers, researchers and policy developers.

The inventory contributes to knowledge translation because it provides insight into the range of available PSO-interventions. The results of the inventory can contribute to the discussion on affordable and accessible high value PSOZ.

Mailing

A semi-structured questionnaire was developed. The questionnaire requested information on PSO-interventions. It was sent by email to all NVPO-members, researchers known to the NVPO who work in the field of psychosocial oncology, hospitals (departments of medical psychology and medical social work), participants in NVPO/IKNL supervision who are not NVPO-members and institutions working in the field of psychosocial oncology (e.g. IPSO).

The questionnaire was sent to a total of a 1000 different email addresses.

Criteria

In order to be included in this inventory, all submitted interventions were judged by the editorial committee on the basis of the following criteria:

1. *Oncology-specific*
2. *Offered by (basic) professional health care workers*
3. *Type of intervention: not just face-to-face*
4. *Focused on prevention or improvement of psychosocial well being*
5. *Psychosocial and also physical recovery*
6. *Clearly described, transferable and ability to scale up*
7. *Developed or offered in the Netherlands*

66 Profiles

The first inventory into PSO-interventions has resulted in an overview of 66 different interventions. All interventions have been summarised into a comparable profile in chapter five of this report. In summary, the interventions in this inventory:

- Focus for the majority (63%) on depressive complaints, anxiety, and distress;
- Focus for 24% on physical functioning, of which 63% is aimed at the reduction of fatigue and 37% at improvement of physical fitness and improvement of physical stamina;
- For the majority are not aimed at a specific type of cancer (61%);
- Are mostly directed at adults (65%);
- Are executed by or in collaboration with a psychologist (52%);
- Are not yet nationally available for patients but are available at a local or regional level;
- Are mostly developed in renowned research institutes;
- Lack scientific underpinning in 25% of the cases.

Limitations of the inventory

For this inventory, a direct emailing approach was used. This will affect the end result. The result is dependent on who received the email and who decided to reply. In addition, the inventory is a snapshot whereas developments are on going. And finally, this report is an inventory and thus not a research project or an attempt to capture the entire field of PSOZ.

Input for discussion

The NVPO hopes that this report will provide input for a discussion with the entire work field on PSOZ in general and PSO interventions in particular. In line with the mission of the NVPO and as input to this discussion, we hope that this report contributes to:

- The further development of PSO-interventions in general;
- Attention to scientific underpinning;
- The advancement of knowledge about developed PSO-interventions in order to increase accessibility and (nationwide) implementation;
- A discussion on the affordability of PSOZ in relation to general developments in the field;
- The integration of PSOZ in oncological care, making the signalling of complaints and referral to appropriate care (including available and effective PSO-interventions) standard practice.

Keywords: psycho-oncology, interventions, knowledge translation, psychosocial care, oncology, support



Leeswijzer

Dit rapport is het resultaat van het NVPO-project 'Inventarisatie ontwikkelingen PSO-interventies'. Het rapport geeft een overzicht van interventies die ontwikkeld zijn voor (klachten van) mensen met kanker en hun naasten, als onderdeel van het volledige aanbod aan Psychosociale Oncologische zorg (PSOZ).

De belangrijkste conclusies en aanbevelingen zijn te vinden in de samenvatting aan het begin van het rapport (blz. 8-9).

In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding voor en achtergrond van dit project beschreven (blz. 14-16). Hoofdstuk 2 beschrijft de gehanteerde methode en bespreekt de inkadering van interventies (blz. 17-18). Hoofdstuk 3 bespreekt de opbrengsten van de inventarisatie (blz. 19-21), gevolgd door de conclusies in hoofdstuk 4 (blz. 22-24), waarmee de resultaten in perspectief worden geplaatst.

In hoofdstuk 5 wordt een samenvattend schematisch overzicht van alle 66 interventies en worden alle interventieprofielen gepresenteerd (blz. 25-167).

Alle opgenomen ontwikkelde interventies zijn weergegeven op maximaal twee bladzijden in een onderling vergelijkbaar 'profiel'. De interventies zijn ingedeeld in categorieën.

De profielinformatie is opgedeeld in blokken, waarbij het eerste blok algemene informatie geeft, het tweede blok ingaat op de achtergrond van de interventie en in het derde blok is onder andere contactinformatie te vinden.

Tot slot volgt een literatuurlijst (blz. 168) en een aantal bijlagen.

In bijlage 1 (blz. 170-173) en 2 (blz. 174-175), vindt u de gebruikte vragenlijst en de aanbiedingsbrief.

1. Inleiding

1.1 ACHTERGROND

Algemeen

Ongeveer 600.000 mensen leven met of na kanker, dat is bijna 3,5% van de Nederlandse bevolking⁽¹⁾. In 20 jaar is het aantal patiënten met kanker bijna verdubbeld. Het aantal mensen bij wie kanker gediagnosticeerd wordt, neemt elk jaar met ongeveer 3% toe (in 2011: 100.600 incidenties). Meer dan 50% van de mensen waarbij kanker gediagnosticeerd wordt, is 5 jaar na diagnose nog in leven⁽¹⁾.

Psychosociale zorg als integraal onderdeel van oncologische zorg

De Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) is de beroepsvereniging van professionals werkzaam in de psychosociale oncologie. De NVPO zet zich in voor de ontwikkeling en bevordering van kennis met betrekking tot de psychosociale oncologie en voor professionele, toegankelijke en tijdige psychosociale zorg als integraal onderdeel van de oncologische zorg. Samen met partner-organisaties in de psychosociale oncologie, heeft de NVPO haar visie hierover verwoord in het rapport: 'Visie psychosociale oncologische zorg op maat' (2014).

Basale psychosociale oncologische zorg

Naar schatting 70% van de mensen met kanker heeft voldoende steun aan de basale psychosociale oncologische zorg (PSOZ) die zorgverleners zoals artsen en verpleegkundigen bieden. Deze basale interventies omvatten informatieverstrekking, emotionele ondersteuning, adviezen over zelfmanagement, en het onder de aandacht brengen van patiëntenorganisaties en mogelijkheden voor lotgenotencontact. Een onderdeel van deze basale zorg is ook het systematisch en tijdig signaleren van eventuele zorgbehoefte van mensen met kanker. Met behulp van een screeningsinstrument (bijvoorbeeld de Lastmeter, zie *Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg*) kunnen zorgverleners samen met de patiënt nagaan of er behoefte is aan meer gespecialiseerde psychosociale zorg. Ook patiënten zelf kunnen signaleren dat ze behoefte hebben aan aanvullende psychosociale zorg.

Gespecialiseerde psychosociale oncologische zorg

Ongeveer 30% van de mensen die kanker heeft (gehad), heeft behoefte aan aanvullende zorg bij het omgaan met de gevolgen van de ziekte en de behandeling. Tijdens de medische behandeling, na afronding van medische behandeling, en in de palliatieve fase hebben zij last van aanhoudende dan wel een verergering van psychosociale klachten. Deze groep kan gebaat zijn bij een verwijzing naar een in de oncologie gespecialiseerde psychosociale zorgverlener zoals psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers en geestelijk verzorgers.

Deze zorgverleners hebben speciale expertise op het gebied van de mogelijke psychosociale gevolgen van kanker en de medische behandeling. Bij patiënten en naasten die verwezen worden naar deze gespecialiseerde psychosociale zorg kunnen psychosociale klachten of problemen zijn ontstaan, zoals somberheid, angst, prikkelbaarheid en vermoeidheid. Psychosociale interventies zijn er dan op gericht de draagkracht te vergroten en zo de psychosociale klachten te verminderen.

Breed aanbod

De in de oncologie gespecialiseerde psychosociale zorgverleners behandelen mensen met kanker en naasten, op verzoek of op indicatie, gedurende alle fasen van de ziekte. De zorg wordt verleend aan individuen, (echt)paren of in groepsverband en aangeboden in onder andere ziekenhuizen, revalidatiecentra en door vrijgevestigde of aan psycho-oncologische centra verbonden zorgverleners zoals bijvoorbeeld psychologen. Binnen dit reguliere behandelaanbod voor mensen met kanker bestaan ook diverse specialisaties (zoals rond erfelijkheid en voor kinderen met kanker).

Psychosociale oncologische zorg: aandacht voor interventies

PSOZ is een breed begrip: een koepelterm voor alle psychologische zorg en psychosociale ondersteuning voor mensen met kanker en hun naasten. In de loop der jaren is er een uitgebreid palet aan PSOZ ontstaan. Er is geen uniform protocol voor de psychosociale behandeling van mensen met kanker en hun naasten. In de oncologie gespecialiseerde zorgverleners passen verschillende therapeutische behandelmethoden toe, zoals cognitieve gedragstherapie, inzichtgevende psychotherapie en systeemtherapie. Dit zijn interventies die niet specifiek ontwikkeld zijn voor klachten van kankerpatiënten, maar wel relevant zijn voor ervaren problemen zoals bijvoorbeeld bij depressieve klachten^(2,3,4,5). Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van (onderdelen uit) *evidence based* behandelprotocollen (bijvoorbeeld protocollen voor angst, depressie en trauma), die

worden toegespitst op de psychosociale oncologie. Psychosociale interventies kunnen gericht zijn op de emotionele verwerking van de ziekte en de medische behandeling, op ondersteuning bij het nemen van beslissingen ten aanzien van een behandeling, op angst voor terugkeer van kanker of op het leren omgaan met een naderend levenseinde. Daarnaast richten psychosociale interventies zich op problematiek bij vermoeidheid, problematiek binnen de partnerrelatie of het gezin, en op maatschappelijke gevolgen van kanker, bijvoorbeeld met betrekking tot werk.

Het betreft hier veelal interventies die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en derhalve in aanmerking komen voor vergoeding via de ziektekostenverzekering⁽⁶⁾. In het handboek Psychologische Patiëntenzorg in de Oncologie wordt een aanzet gegeven tot een beschrijving van het psychosociale oncologische zorgaanbod⁽⁷⁾.

Psychosociale Oncologische Interventies: ontwikkelingen in beeld

Naast het reguliere behandelplan van Psychosociale oncologische interventies (verder PSO-interventies) zoals hierboven beknopt beschreven, zijn er altijd ontwikkelingen gaande en worden er nieuwe interventies ontwikkeld. Soms vinden deze ontwikkelingen plaats in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de betreffende interventie in omschreven situaties en populaties. Soms gaat het om initiatieven van zorgverleners die zich gespecialiseerd hebben in de psychosociale oncologie. Interventies kunnen voor een specifieke groep patiënten aangeboden worden of voor een specifieke fase in het ziekte- en herstelproces. Daarnaast kunnen interventies face-to-face of online aangeboden worden of in een 'blended' (gecombineerde) variant. Uiteindelijk is het streven om deze interventies onderdeel te laten worden van het reguliere behandelplan.

Psychosociale zorg als integraal onderdeel van oncologische zorg

De Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) zet zich, als wetenschappelijke beroepsvereniging van professionals werkzaam in de psychosociale oncologie, in voor de ontwikkeling en bevordering van kennis met betrekking tot de psychosociale oncologie en voor professionele, toegankelijke en tijdige psychosociale zorg als integraal onderdeel van de oncologische zorg. Samen met partnerorganisaties in de psychosociale oncologie, heeft de NVPO haar visie hierover verwoord in het rapport: 'Visie psychosociale oncologische zorg op maat.' (2014).

De NVPO is van mening dat het inzichtelijke maken van het aanbod van PSO-interventies voor mensen met kanker en hun naasten de toegankelijkheid van de zorg vergroot. De NVPO heeft daarom het project 'Inventarisatie ontwikkelingen PSO-interventies' opgezet. Tot op heden is er geen gestructureerd en gecategoriseerd overzicht van de ontwikkelingen ten aanzien van PSO-interventies^(8,9,10). In dit rapport wordt een eerste inventarisatie van ontwikkelingen in de PSOZ op het gebied van interventies gepresenteerd. Daar waar in het handboek⁽⁷⁾ de nadruk lag op generieke interventies die toegepast worden in en toegespitst zijn op de oncologie, is er nu voor gekozen om de inventarisatie, in aanvulling hierop, volledig te richten op interventies die specifiek ontwikkeld worden of zijn voor ervaren klachten en problemen van mensen met kanker. Generieke interventies vallen daarmee buiten het bereik van deze inventarisatie. Tevens is deze inventarisatie niet alleen voor de zorgprofessional maar ook voor patiënten, beleidsmakers en de onderzoekers.

Kennistranslatie

Kennistranslatie gaat over het verbeteren van de aansluiting tussen wetenschappelijk onderzoek, beleid en de klinische praktijk. Dit inventarisatie-project draagt bij aan kennistranslatie door het delen van kennis en informatie over PSO-interventies. Het overzicht geeft inzicht in hoe onderzoek, praktijk en interventies zich tot elkaar verhouden. Niet alle interventies uit onderzoek worden geïmplementeerd in de praktijk. En bij interventies uit de praktijk kan wetenschappelijk onderzoek ontbreken. Dit eerste overzicht draagt bij aan het blootleggen van hiaten op deze terreinen. Een regelmatige update van deze inventarisatie zal in de toekomst meer structureel inzicht verschaffen in de samenhang tussen wetenschap, beleid en praktijk.

Betaalbare, toegankelijke zorg door professionals

Zoals in het eerder genoemde visiedocument omschreven staat, zet de NVPO zich samen met haar partnerorganisaties in "voor realisatie en borging van tijdige, (kosten)effectieve en toekomstbestendige psychosociale oncologische zorg". Deze inventarisatie geeft zicht op de huidige financiering van nieuw ontwikkelde (evidence-based) PSO-interventies en kan daarmee inzicht geven in mogelijke knelpunten hierin. Dit is een belangrijke bouwsteen om met onder meer zorgverzekeraars en beleidsmakers te spreken over de inzet en vergoeding van deze interventies. In dit proces dient oog te zijn voor zowel kwaliteit als kostenefficiëntie, zodat de zorg op lange termijn ook kan worden gewaarborgd.

1.2 PROJECTDOELSTELLING

Het doel van dit project is het maken van een inventarisatie van ontwikkelingen in PSO-interventies. Met deze inventarisatie wil de NVPO patiënten, zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers een overzicht geven van de huidige ontwikkelingen binnen het aanbod van PSO-interventies in Nederland.

De inventarisatie draagt bij aan kennistranslatie door het inzichtelijk maken van het aanbod van PSO-interventies. Zorgverleners weten zo welk aanbod er is of op korte termijn beschikbaar komt (in geval van onderzoek) en/of kunnen hun patiënten wijzen op bepaalde interventies. Patiënten krijgen zo meer zicht op de mogelijkheden die er zijn.

Tot slot kunnen de resultaten gebruikt worden bij discussies over betaalbare en toegankelijke hoogwaardige PSOZ in het algemeen, bij relevante overheidsinstanties (bijvoorbeeld ZIN, ministerie VWS, DBC Onderhoud en IGZ) en zorgverzekeraars.

Om de bruikbaarheid van de inventarisatie te vergroten is het rapport online vrij toegankelijk beschikbaar.

Dit inventarisatieproject is uitgevoerd in het kader van het NVPO-project 'Naar betere psychosociale zorg voor mensen met kanker' en is gesubsidieerd door KWF Kankerbestrijding.

2. Opzet inventarisatie

2.1 SELECTIECRITERIA PSO-INTERVENTIE

Om PSO-interventies te kunnen inventariseren moet eerst duidelijk zijn wat onder een PSO-interventie verstaan wordt. Omdat er geen concrete definitie voor handen was, is er een aantal criteria geformuleerd, die samen de selectiecriteria van een PSO-interventie vormen, in het kader van dit project. De twee belangrijkste bronnen hierbij zijn het NPK rapport 2010, met daarin een definitie van psychosociale zorg¹¹⁾ (zie [box 1](#)) en een definitie van interventie zoals geformuleerd in het artikel van Faller et al.¹²⁾ (zie [box 2](#)). Hieronder volgt een opsomming van de criteria waaraan een PSO-interventie moet voldoen voor opname in dit rapport.

1. Oncologie-specifiek

Alleen ontwikkelde interventies die zich specifiek richten op mensen met kanker en hun naasten zijn opgenomen. Hiermee vallen alle generieke interventies buiten het kader van deze inventarisatie.

2. Aangeboden door (basale) professionele zorgverleners

In deze inventarisatie zijn alleen interventies opgenomen die ontwikkeld zijn of aangeboden worden door (basale) professionele zorgverleners (zie [box 1](#) punt 3 en 4).

3. Vorm van de interventie: niet alleen face-to-face

In tegenstelling tot Faller et al. hebben we ons niet beperkt tot face-to-face interventies. Tegenwoordig zijn e-health interventies en blended care benaderingen (een combinatie van online en face-to-face) niet meer weg te denken in de zorg.

4. Preventie of verbetering van psychosociaal welzijn

Interventies kunnen zich richten op twee terreinen: (1) preventie van problemen of (2) verbetering van het psychosociaal welzijn.

5. Psychosociaal maar ook fysiek herstel

In de inventarisatie zijn, naast psychosociale interventies, ook interventies opgenomen die gericht zijn op fysiek herstel. Voor deze laatste categorie was het van belang dat de interventie gericht was op het verbeteren van kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven bestaat immers uit een psychische, sociale en fysieke component en valt daarmee binnen de kaders van PSOZ. Zie de definitie bij: "HRQOL is thus subjective and multidimensional, encompassing physical and occupational function, psychological state, social interaction and somatic sensation."

6. Duidelijk omschreven, overdraagbaar en opschaalbaar

Interventies zijn alleen opgenomen als ze transparant en duidelijk omschreven zijn en daarmee overdraagbaar en ook 'opschaalbaar', dat wil zeggen breder beschikbaar voor grotere groepen patiënten en door meer zorgverleners, of op andere plaatsen en via andere instituten. De toenemende vraag om transparantie en bredere toepasbaarheid maakt het ongewenst om interventies op te nemen die alleen door een individuele zorgverlener toegepast worden of in een enkel onderzoek gebruikt zijn, zonder context, onderbouwing of duidelijke omschrijving.

7. Ontwikkeld en/of aangeboden in Nederland

Deze inventarisatie beperkt zich tot interventies die in Nederland aangeboden worden.

BOX 1

Omschrijving psychosociale oncologische zorg (bron: NPK rapport 5 (2010), hoofdstuk 6, pagina 92/93)

Psychosociale oncologische zorg omvat het gehele continuüm, in de gehele keten van de zorg, intra- en extramuraal, van basale professionele en niet-professionele begeleiding, tot gespecialiseerde psychologische diagnostiek en interventies die speciale kennis, vaardigheden en attitude vereisen. De psychosociaal oncologische zorgketen omvat:

1. Basale steun door naasten, vrienden of in bijvoorbeeld de vorm van lotgenotencontact;
2. Basale niet-professionele psychosociale begeleiding (informatie, voorlichting en aandacht) door vrijwilligers van bijvoorbeeld patiëntenorganisaties, inloophuizen, hospices en Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ);
3. Basale professionele psychosociale begeleiding als vanzelfsprekend onderdeel van goede oncologische zorg door huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers en paramedici, waarbij iedereen vanuit zijn specifieke deskundigheid een eigen toegevoegde waarde heeft. Dit veronderstelt: adequate communicatie en voorlichting over de ziekte, de behandeling en de gevolgen ervan op korte en langere termijn, psycho-educatie, ondersteuning bij emotionele en existentiële vragen, ondersteuning bij beslissingen, signalering psychosociale problemen en verwijzing;
4. Gespecialiseerde psychosociale oncologische zorg: diagnostische en behandelactiviteiten door professionele psychosociale hulpverleners zoals maatschappelijk werkers, psychologen, psychotherapeuten en psychiaters.

BOX 2

Definitie psycho-oncologische interventie volgens Faller et al. (2013)

Psycho-oncologic interventions were defined as non-pharmacologic interventions using psychological techniques, such as education, coping skills training, psychotherapy, and relaxation, alone or in combination, provided by professional therapists in a direct, face-to-face interpersonal process to relieve emotional distress and enhance health-related quality of life (QoL) in patients with cancer. Studies evaluating interventions based solely on impersonal media (eg, Internet, DVDs, brochures) were excluded. Self-help interventions lacking professional leadership were excluded. Non-psychological interventions, such as physiotherapy, physical training, and complementary medicine interventions were excluded.

2.2 METHODE

Vragenlijst

Er is voor gekozen om het werkveld direct te benaderen met het verzoek om interventies aan te leveren aan de hand van een vragenlijst. Hiermee wordt de informatie op vrijwillige basis door de ontwikkelaars en aanbieders zelf aangeleverd. Dezelfde methode is gebruikt bij het opzetten van de [jaarindex PSO](#). Daar was het doel het lopende onderzoek in kaart brengen, nu was het doel het inventariseren van ontwikkelingen bij PSO-interventies.

De gebruikte vragenlijst is ontwikkeld op basis van een brainstorm in de redactie van het interventieproject. Om te verifiëren of de juiste vragen waren opgenomen in de vragenlijst is de lijst voorgelegd aan de stuurgroep van het NVPO-project 'Naar betere psychosociale zorg voor mensen met kanker' en als pilot naar een aantal professionals (zorgverleners en onderzoekers) werkzaam in het psychosociale oncologische veld. Dit leverde geen grote veranderingen op, maar bracht wel naar voren dat bij sommige vragen verheldering of aanvullende uitleg nodig was. Op basis van deze informatie is de lijst bijgesteld.

Het eindresultaat betreft een semigestructureerde vragenlijst, zodat de interventies in een eenduidig profiel kunnen worden weergegeven om zo eenvoudig met elkaar te kunnen worden vergeleken⁽¹³⁾. Waar mogelijk, is met voorgecodeerde antwoorden gewerkt. Open vragen zijn gebruikt voor aanvulling of verheldering. Met de vragenlijst wordt informatie verzameld over de interventie, zoals over doelgroep, doel, inhoud, effectiviteit, vergoeding, ontwikkelaars en patiëntervaringen. De volledige vragenlijst is te vinden in [bijlage 1](#).

Procedure

De vragenlijst is per email uitgestuurd, met een begeleidende brief (bijlage 3). De vragenlijst is verzonden naar 438 NVPO-leden, 344 bij de NVPO bekende onderzoekers werkzaam in de psychosociale oncologie, 86 ziekenhuizen (afdelingen medische psychologie en medisch maatschappelijk werk), 30 deelnemers aan NVPO/IKNL-intervisie die geen NVPO-lid zijn en 25 instanties in de (psychosociale) oncologie (bijvoorbeeld IPSO). Aan alle instanties en organisaties is gevraagd de mailing door te sturen aan de relevante professionele psychosociale zorgverleners in hun organisatie/instelling. Na circa vier weken is een reminder gestuurd. Omdat er overlap is tussen de verschillende groepen is het netto aantal uitgestuurde vragenlijsten niet te bepalen.

Opbrengst

De ingestuurde vragenlijsten zijn door de redactie van dit rapport (zie [colofon](#)) getoetst aan de hand van de opgestelde criteria van interventies (zie [paragraaf 2.1.](#)). Deze inhoudelijke selectie was aangekondigd in de begeleidende brief bij de vragenlijst. De geaccepteerde inzendingen zijn geredigeerd door de redactie en weergegeven in een profiel per interventie naar analogie van een vergelijkbaar project in Canada⁽¹³⁾ (zie [hoofdstuk 5](#)). In de tabel aan het begin van hoofdstuk 5 zijn alle opgenomen interventies samengevat in een tabel. De PSO-interventies zijn ingedeeld in dezelfde twaalf categorieën als bij de [jaarindex](#) voor psychosociaal onderzoek, met een kleine wijziging. De categorie 'spiritualiteit en complementaire zorg' is veranderd in 'zingeving en spiritualiteit, omdat dat een betere omschrijving is van het aanbod in deze categorie.

3. Opbrengst van de inventarisatie

3.1 ONTVANGEN VRAGENLIJSTEN

In totaal zijn er 98 ingevulde vragenlijsten binnengekomen, 51 via onderzoekers en 47 via zorgverleners en zorginstellingen.

Hiervan zijn er 66 (67%) opgenomen in dit overzicht. Tweeëndertig inzendingen zijn niet opgenomen, omdat zij niet vielen binnen de door ons gestelde definitie van een psychosociale oncologische interventie zoals omschreven in paragraaf 2.1.

Redenen niet opnemen

De redenen voor het niet opnemen van deze 32 inzendingen waren:

- Strijdig met NVPO standpunt. Twee inzendingen zijn uitgesloten van deze inventarisatie omdat de beschreven interventies suggereerden invloed te hebben op het feitelijk ontstaan van kanker, de behandeling en het ziekteverloop. Deze interventies zijn in strijd met het standpunt van de NVPO.
- Niet of onvoldoende duidelijk omschreven. Tien inzendingen zijn niet opgenomen omdat de interventie onvoldoende duidelijk omschreven is. Daardoor lijkt de interventie beperkt overdraagbaar en toepasbaar en te veel gebonden aan een individuele zorgverlener.
- Dubbeltellingen. Drie inzendingen hadden betrekking op lokale toepassingen van het programma Herstel en Balans. Omdat het steeds dezelfde (kern)interventie betreft, is Herstel en Balans maar een keer opgenomen als interventieprogramma op basis van een formulier van de oorspronkelijke ontwikkelaars. Via de website zijn lokale aanbieders te achterhalen.
- Onderzoek. Eén inzending beschreef geen interventie maar was meer een onderzoeksvorstel.
- Geen zorgprofessional betrokken bij opzet en/of aanbod. Bij één inzending was er geen, duidelijke, toegevoegde waarde van een zorgprofessional zoals omschreven in het NPK rapport (zie box 1, punt 3 en 4)
- Bij- en nascholing zorgprofessionals. Eén inzending had betrekking op bij- en nascholing van zorgprofessionals, hetgeen niet aansluit bij de doelstelling en definities van deze inventarisatie.
- Inzending incompleet. Vier incomplete inzendingen, die ook bij navraag incompleet zijn gebleven, zijn niet opgenomen
- Reguliere somatische zorg. Eén inzending is niet opgenomen omdat het ging om regulier somatisch zorgaanbod op het gebied van de oncologie, in plaats van oncologie-specifieke PSOZ.
- Organisatie van zorg. Eén inzending is niet opgenomen omdat het ging over het stroomlijnen van een zorgproces, en deze dus gericht was op de organisatie van zorg.
- Omschrijving oncologie specifiek zorgaanbod. Zeven inzendingen zijn niet opgenomen omdat het niet ging om een afgebakende interventie maar een beschrijving was van algemeen zorgaanbod.
- Generieke GGZ interventie. Een inzending betrof een generieke GGZ interventie, deze vallen buiten de scope van dit rapport.

Zesenzestig interventieprofielen van PSO-interventies

De informatie van 66 vragenlijsten is geredigeerd samengevat in een *interventieprofiel*⁽¹³⁾ per interventie.

Hiermee is alle informatie van de interventies op dezelfde gestructureerde manier weergegeven. De profielen zijn te vinden in hoofdstuk 5 van dit rapport.

In de tabel aan het begin van hoofdstuk 5 is een overzicht gemaakt van een aantal belangrijkste aspecten van elk profiel. Hiermee kan bijvoorbeeld snel een interventie voor een bepaalde fase of klacht gevonden worden. Dit betreft een beknopte samenvatting, voor meer uitleg dient het bijbehorende profiel bekeken te worden.

3.2 OPBRENGST IN PERSPECTIEF

Hieronder volgt een beschrijving van de bevindingen van de inventarisatie in perspectief. De samenvattende tabel (hoofdstuk 5) is hiervoor het startpunt geweest. De genoemde aantallen en percentages tellen niet altijd op tot 100 omdat er vaak meerdere antwoordmogelijkheden waren.

Categorieën

Het resultaat van de indeling in categorieën is dat zestien interventies (24%) zich richten op psychosociaal functioneren en nog eens 16 (24%) gaan over fysiek functioneren en herstel. Met in totaal 32 interventies vormen ze bijna de helft van de aangeleverde interventies. Dit is vergelijkbaar met de spreiding in de jaarindex psychosociaal oncologisch onderzoek.

Doelgroep

Volwassen patiënten zijn de belangrijkste doelgroep van de meeste interventies. Bij 43 interventies worden ze expliciet genoemd als doelgroep (65%). Andere doelgroepen zijn: kinderen (vijf keer genoemd), jongeren (zeven keer genoemd) en naasten (twaalf keer genoemd), waaronder één interventie voor kinderen met een ouder die kanker heeft. Bij twaalf interventies is geen informatie gegeven over de doelgroep.

Vorm van kanker

Een specificatie naar vorm van kanker is bij 40 (61%) van de 66 interventies niet gegeven. Dat is een aanzienlijk deel. Van de overige 26 interventies richt ruim 55% zich expliciet op de zogenaamde BIG 5: huidkanker, borstkanker, darmkanker, longkanker en prostaatkanker. Dit betreft meer dan 66% van de patiënten in Nederland⁽¹⁾. Daarmee is het bereik van een dergelijke interventie relatief groot. Interventies die betrekking hebben op een vorm van kanker die niet tot de BIG 5 behoort, betreffen vaak vormen van kanker met heel specifieke 'restklachten'. Daarvoor worden vaak aparte interventies ontwikkeld, bijvoorbeeld cognitieve revalidatie na een hersentumor en interventies rondom hoofd-halskanker. Interventies waarbij de vorm van kanker niet gespecificeerd is, zijn meestal interventies die aangeleverd zijn vanuit de klinische praktijk. Hier kan een praktische reden aan ten grondslag liggen. Onderzoekers moeten zich vaak richten op specifieke groepen om voldoende aantallen en onderlinge vergelijkbaarheid van deelnemers te kunnen realiseren.

Probleemgebied

Interventies worden lang niet altijd ontwikkeld voor maar één probleemgebied of een klacht. Vaak gaat het om een aantal klachten samen, zoals angst, depressieve klachten en distress. Dit zijn de meest genoemde klachten (63%). Vermoeidheid wordt in tien van de 16 interventies (63%) voor fysiek functioneren en herstel genoemd. Bij fysiek functioneren is lichamelijke fitheid of conditieherstel (zes keer genoemd; 37%) naast vermoeidheid, een veel voorkomende probleemgebied. Hier vinden we ook een aantal interventies gericht op specifieke problemen na hoofd-halstumoren. Interventies in de categorie cognitieve klachten richten zich vooral op cognitieve problemen in algemene zin (zoals bijvoorbeeld concentratieproblemen). In de categorie kinderen en jong volwassenen komt een uitgebreid scala aan probleemgebieden voorbij. Bij de categorie communicatie is er in gelijke mate aandacht voor het behandelproces in het algemene en voor ondersteuning rond beslissingen (Shared Decision Making) in het bijzonder. Werkhervatting is het onderwerp bij beide interventies voor werk en survivorship. Bij seksualiteit gaat het bij alle aangeleverde interventies om problemen na een diagnose voor borst- of gynaecologische kanker en dit richt zich dus vooral op de effecten van kanker bij vrouwen op seksualiteit.

Zorgverlener

Bij deze vraag (voor voorgecodeerde antwoorden zie [bijlage 1](#)) werd de psycholoog het meest genoemd (34 keer, 52%), gevolgd door de maatschappelijk werker (20 keer, 30%) en de fysiotherapeut (17 keer, 26%), als zorgverlener die bij de interventies betrokken zijn.

Tweeëntwintig keer werd het antwoord 'anders' gegeven en ging het dus niet om een door ons genoemde zorgverlener. Dit betreft voornamelijk medisch specialisten (15 keer genoemd). De frequente betrokkenheid van een psycholoog kan samenhangen met de manier waarop deze inventarisatie van PSO-interventies is uitgevoerd (selectiebias). Psychologen zijn de grootste groep van zorgprofessionals binnen de NVPO en daarnaast zijn afdelingen (Medische) Psychologie in ziekenhuizen ook direct aangeschreven.

Wat opvalt bij de inventarisatie (zie hoofdstuk 5) is dat bij het grootste deel van de interventies aangegeven is dat meerdere disciplines betrokken zijn bij de ontwikkeling en/of het uitvoeren van de interventies. In deze inventarisatie is niet doorgevraagd naar de afzonderlijke bijdrage van de verschillende disciplines.

Vorm van de interventie

Als vorm van de interventie komt *face-to-face* nog steeds het meest voor (40 keer genoemd, 61%), maar het lijkt erop dat online interventies (vijftien keer genoemd, 23%) en *blended* varianten (acht keer genoemd, 12%) toenemen.

Fase ziekteproces

In relatie tot *fase in het ziekteproces* richten de interventies zich merendeels op de tijd na de behandeling (42 keer genoemd, 64%) en op de diagnose en behandelfase (20 keer genoemd, 30%). Vijf interventies zijn toepasbaar in alle fasen. Geen enkele interventie richt zich specifiek op de terminale fase. Dit zou te maken kunnen hebben met de beperkte mogelijkheden om in deze fase onderzoek te doen of interventies uit te voeren. Maar het zou ook kunnen dat hierbij juist generieke interventies goed in te zetten zijn.

Implementatie

Bij de inventarisatie werd gevraagd of de PSO-interventie al *geïmplementeerd* is in de praktijk (zie

voorgecodeerde antwoorden [bijlage 1](#)). In totaal zijn 38 (58%) interventies geïmplementeerd, waarvan 16 alleen in het eigen instituut en 22 ook daarbuiten.

Achtentwintig (42%) interventies zijn nog niet geïmplementeerd. Maar daarvan worden er momenteel 20 (71%) in onderzoeksverband aangeboden. Daarmee is de toegankelijkheid en de overdraagbaarheid op dit moment nog beperkt. Het is wel een pré dat op deze manier eerst onderzoek kan worden gedaan naar de effectiviteit van een interventie.

Wetenschappelijke onderbouwing

De aangeleverde informatie in de profielen over de *wetenschappelijke onderbouwing* van de PSO-interventies varieert sterk. Dit maakt het moeilijk om hier duidelijke uitspraken over te doen. In de tabel is een samenvattende indeling gemaakt in twee categorieën: (A) onderzoek gedaan/lopend (N=51, 77%) en (B) geen onderzoek gedaan/niet lopend (N=15, 23%).

Van de 51 interventies in categorie A is bij 25 (49%) interventies aangegeven dat onderzoek naar de PSO-interventie nog gaande is; bij 22 (43%) is de interventie wel al onderzocht maar dan binnen een andere doelgroep; en bij vier (8%) interventies is aangegeven dat de effectiviteit van de interventie is aangetoond. Bij bijna een kwart (23%) van de interventies (categorie B) is de effectiviteit niet onderzocht en wordt die op dit moment ook niet onderzocht.

In de aangeleverde informatie in de vragenlijst valt op dat deze soms meer gericht lijkt op de rationale voor het uitvoeren van het *onderzoek* dan op wetenschappelijke onderbouwing over de *interventie* zelf.

Aanbieder/ontwikkelaar

De meeste PSO-interventies in deze inventarisatie worden ontwikkeld en aangeboden door de (academische) centra gespecialiseerd in kankeronderzoek, 11 keer werd samenwerking genoemd met andere partijen dan academische centra, zoals met lokale ziekenhuizen en praktijken.

Aanvullende informatie

De volgende twee punten zijn niet samengevat in de tabel maar wel van belang om apart onder de aandacht te brengen:

- *Verzekerde zorg*

Bij de inventarisatie is gevraagd of de interventie vergoed wordt voor de cliënt. Uit de profielen blijkt dat volgens de aanbieders 43 PSO-interventies (65%) niet worden vergoed door zorgverzekeraars en daarmee buiten de kaders van *verzekerde zorg* vallen. Bij zes interventies is aangegeven dat er geen vergoeding is via de ziektekostenverzekering maar dat de interventie vanuit onderzoek vergoed wordt. Dit wordt veelal gefinancierd vanuit eigen middelen, overhead en/of onderzoeksgelden. Hierdoor zijn deze ten tijde van het onderzoek voor patiënten wel kosteloos beschikbaar.

- *Richtlijn*

Op de vraag of de interventie opgenomen is in een *richtlijn* kwam betrekkelijk weinig reactie. Er lijkt geen duidelijk verband te zijn tussen richtlijnen en interventies. De richtlijn oncologische revalidatie werd het meest genoemd. Veel interventies op het gebied van bewegen passen binnen deze richtlijn, zonder er expliciet in genoemd te worden.

4. Conclusie en discussie

Dit is de eerste inventarisatie van ontwikkelingen rond PSO-interventies in Nederland. Het overzicht vergroot de kennis over en de toegankelijkheid van deze zorg, voor zowel zorgverlener, onderzoeker, beleidsmaker en patiënt.

4.1 OPBRENGST VAN DE INVENTARISATIE

4.1.1 Profielen van PSO-interventies

De eerste inventarisatie naar PSO-interventies heeft als resultaat een overzicht van 66 interventies opgeleverd, die in onderling vergelijkbare profielen zijn weergegeven in hoofdstuk 5 van dit rapport. Samenvattend kan gesteld worden dat de beschreven interventies:

- Qua probleemgebied, zich in meerderheid (63%) richten op depressieve klachten, angst en distress.
- Zich voor 24% richten op fysiek functioneren, waarvan 63% specifiek gericht is op het verminderen van vermoeidheidsklachten en 37% op het verbeteren van de lichamelijke fitheid/conditieherstel;
- In meerderheid niet gespecificeerd zijn naar een vorm van kanker (61%)
- Zich vooral richten op volwassenen (65%)
- Vaak worden uitgevoerd door of in samenwerking met een psycholoog (52%)
- Veelal landelijke beschikbaar zijn voor patiënten, maar vaak wel lokaal of regionaal
- Meestal ontwikkeld worden door een gerenommeerd onderzoeksinstituut
- In een kwart van de gevallen geen wetenschappelijke onderbouwing hebben.

4.1.2 Definitie van een PSO-interventie

Een mooie uitkomst van dit rapport is dat het een definitie heeft opgeleverd van wat de NVPO verstaat onder een PSO-interventie. Die definitie kan een volgende keer als uitgangspunt gebruikt worden. In [paragraaf 2.1](#) is beschreven welke criteria gebruikt zijn voor deze inventarisatie. Met behulp van dat kader komt de NVPO tot de volgende inhoudelijke definitie van een psychosociale oncologische interventie:

- Een PSO-interventie is specifiek voor oncologische zorg en wordt aangeboden of is ontwikkeld door (basale) professionele psychosociale zorgverleners.
- Een PSO-interventie is gericht op preventie van psychosociale problemen of op het verbeteren van het psychosociaal welzijn. De interventie is duidelijk omschreven, overdraagbaar en opschaalbaar.
- Een PSO-interventie kan *face-to-face* aangeboden worden, maar ook online en *blended* varianten zijn mogelijk.

Interventies die stellen dat de interventie invloed heeft op het feitelijk ontstaan van kanker, de behandeling en het ziekteverloop zijn strijdig met het NVPO [standpunt](#) over psychosociale oncologische zorg en vallen daarmee altijd buiten de definitie van PSOZ in het algemeen.

4.2 BEPERKINGEN VAN DE INVENTARISATIE

Dit rapport betreft een inventarisatie waarin we zo volledig mogelijk proberen te zijn. Deze inventarisatie is tot stand gekomen door het benaderen van zorgverleners en onderzoekers werkzaam in de psychosociale oncologie, met het verzoek zelf informatie aan te leveren. Alhoewel dit een gangbare methode is, kent deze methode ook haar beperkingen. Het in dit rapport geschetste beeld kan onvolledig zijn, afhankelijk van wie aangeschreven is en wie op de oproep gereageerd heeft.

Deze inventarisatie is ook een momentopname. Het werkveld van onderzoek, zorg en beleid is dynamisch en de ontwikkeling van PSO-interventies past zich hierop aan. Een herhaling van deze inventarisatie is daarom over enkele jaren ook gewenst. Daarbij is het raadzaam om de ontwikkelingen in het perspectief te plaatsen van het gehele PSOZ behandelaanbod.

4.3 DISCUSSIE

De NVPO wil met dit rapport input geven aan discussie met het volledige veld over PSOZ aanbod in het algemeen en PSO-interventies in het bijzonder. In deze eerste inventarisatie gaat het niet alleen om een opsomming van ingezonden interventies, maar ook om een proces van gedachtevorming over PSO-interventies. De inventarisatie kan geen antwoord geven op alle vragen maar wel input leveren voor nadere discussie. In lijn met de missie van de NVPO zijn de volgende overwegingen geformuleerd.

4.3.1 De verdere ontwikkeling van PSO-interventies

De inventarisatie geeft inzicht in de huidige stand van zaken en daarmee ook indirect in gewenste ontwikkelingen en huidige beperkingen: door te laten zien wat er is ontwikkeld, ontstaat inzicht in wat er mogelijk ontbreekt of anders zou kunnen. Zo draagt de inventarisatie bij aan de verdere ontwikkeling en professionalisering van het werkveld. In deze eerste inventarisatie waren er bijvoorbeeld geen interventies aangeleverd voor bepaalde probleemgebieden, zoals bijvoorbeeld seksualiteitsklachten van mannen na kanker.

In zijn algemeenheid vragen we ons af of de vraag correspondeert met het aanbod. Zijn de meest voorkomende klachten en probleemgebieden ook het meest terug te vinden in de interventies? Is er voldoende aansluiting tussen waar mensen met kanker behoefte aan hebben en wat er aangeboden en ontwikkeld wordt? En is er mogelijk zelfs (onnodige) overlap in de ontwikkeling en het aanbod van PSO-interventies? Dit zijn vragen die de inventarisatie zelf niet kan beantwoorden maar waar de inventarisatie wel een startpunt van de discussie kan zijn.

4.3.2 Aandacht voor wetenschappelijke onderbouwing en implementatie

Deze eerste inventarisatie heeft niet tot doel gehad om het wetenschappelijke gehalte van het aanbod aan PSO-interventies te evalueren, en deze bijvoorbeeld te beoordelen op effectiviteit. Desalniettemin vindt de NVPO het als wetenschappelijke beroepsvereniging belangrijk dat er goede aansluiting is tussen onderzoek en de praktijk. Zoals eerder gesteld is de *wetenschappelijke onderbouwing* van interventies niet altijd aanwezig. Bij ongeveer een kwart van de ontwikkelde interventies wordt geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de mogelijke effectiviteit van de interventie en kunnen hierover geen uitspraken gedaan worden.

Is meer onderbouwing per definitie nodig bij interventies waar geen onderzoek naar gedaan is, en zo ja, welke dan? Denk bijvoorbeeld aan een toepassing van cognitieve gedragstherapie in een bepaalde context. Wanneer een dergelijk programma effectief is gebleken voor een doelgroep, wat is er dan nog aan onderzoek nodig om dit te gebruiken bij een andere doelgroep?

En als de effectiviteit van een interventie wordt aangetoond, hoe kunnen we er dan voor zorgen dat de interventie voor patiënten vervolgens breed toegankelijk wordt? Niet alleen goed vindbaar, maar ook lokaal beschikbaar en betaalbaar, als onderdeel van verzekerde zorg.

Tevens zou het interessant zijn om te kijken of het mogelijk is om een gradatie in wetenschappelijke onderbouwing aan te brengen, zoals dat nu ook gedaan wordt bij bijvoorbeeld Cochrane reviews.

4.3.3 De bevordering van kennis over bestaande PSO-interventies

Bevordering van kennis in het algemeen over bestaande PSO-interventies is nodig om de toegankelijkheid ervan te vergroten en implementatie op meerdere plaatsen te bevorderen. De inventarisatie laat zien dat de meerderheid (58%) aangeeft dat hun interventie is geïmplementeerd, echter is dit veelal alleen in het eigen instituut (42%) of beperkt veelal lokaal/regionaal daarbuiten (58%). Wat is de oorzaak van de beperking tot het eigen instituut en wat is er voor nodig om een interventie breder te implementeren? En wanneer vinden we dat een implementatie geslaagd is?

Hoe bepaal je of een PSO-interventie voor voldoende patiënten toegankelijk is? Veel interventies die in onderzoeksverband worden aangeboden zijn, om begrijpelijke redenen, beperkt beschikbaar maar voor mensen met kanker veelal gratis toegankelijk zolang het onderzoek loopt. Wat gebeurt er daarna met de ontwikkelde interventie en met de toegankelijkheid? Wordt deze dan binnen het eigen instituut toegevoegd aan het reguliere zorgaanbod, wordt deze indien bewezen effectief verder uitgerold buiten het eigen ziekenhuis, aangepast voor een bredere doelgroep, is deze passend binnen de verzekerde zorg?

In de inventarisatie waren er vrijwel evenveel inzendingen van onderzoekers (51) als van zorgverleners en instellingen (47). Van de 32 niet opgenomen formulieren gaat het om vijf aangeleverd door onderzoekers. Het aantal niet opgenomen formulieren van zorgverleners (27) is daarmee beduidend groter. Dit komt grotendeels door het ontbreken van duidelijke en overdraagbare beschrijvingen. Het gaat vaak om interventies die in eigen beheer zijn ontwikkeld en worden aangeboden. Het is goed om te zien dat er zoveel in de praktijk ontwikkeld wordt. Tegelijkertijd onderstreept dit het belang van meer aandacht voor *kennistranslatie* of kennisdeling zodat onderzoek en zorg van elkaar kunnen leren en profiteren. Daarbij is ook aandacht nodig voor het proces van implementatie en mogelijk ook knelpunten rondom financiering om implementatie te realiseren.

4.3.4 De discussie over betaalbaarheid van de PSOZ

Discussie over betaalbaarheid van PSOZ kan door dit rapport duidelijker gerelateerd worden aan ontwikkelingen binnen het vakgebied. Het rapport laat zien dat de financiering van interventies op verschillende manieren gebeurt. Voor interventies die zich in de onderzoek-fase bevinden, wordt vaak een manier gezocht om deze kosteloos aan de patiënt te kunnen aanbieden. Een beperkt aantal ontwikkelde PSO-interventies wordt wel (al) direct vergoed door zorgverzekeraars. Een nadere analyse van overwegingen van zowel beleidsmakers als zorgverzekeraars en ook instellingen zelf over financiering van PSOZ in het algemeen lijkt wenselijk. In hoeverre kunnen instellingen nu nieuw ontwikkelde PSO-interventies opnemen in hun zorgpalet, hoe kunnen ze deze in hun aanbod passend krijgen? PSOZ, waaronder PSO-interventies,

aangeboden in het ziekenhuis zou moeten vallen binnen de oncologische DBCs en daarmee geen aparte financiering behoeven. Maar wat als een PSO-interventie buiten het ziekenhuis wordt aangeboden? Wil het feit dat een nieuw ontwikkelde PSO-interventie niet apart vergoed wordt door een zorgverzekeraar altijd zeggen dat hier geen sprake kan zijn van verzekerde zorg?

Verschillende aspecten kunnen nader bekeken worden. Misschien is aandacht voor het niveau van zorgverlening gewenst? Zoals bijvoorbeeld zichtbaar is in stepped en matched care modellen. In deze inventarisatie is bij het overgrote deel van de interventies een psycholoog/psychotherapeut betrokken. Is er wellicht meer aandacht nodig voor ontwikkeling van interventies over het hele zorgcontinuüm? En is in het kader van toegankelijkheid en betaalbaarheid (nog) meer investering nodig in online interventies en/of een blended benadering?

4.3.5 De integratie van PSOZ in de oncologische zorg

Integratie van PSOZ in de oncologische zorg is nodig zodat signalering van klachten en verwijzing naar passende zorg (waaronder beschikbare en effectieve PSO-interventies) standaard praktijk wordt. Het beantwoorden van bovengenoemde discussiepunten draagt bij aan deze integratie. Ook een discussie over financiering van zorg en integratie van nieuw ontwikkelde interventies in het bestaande zorgaanbod draagt daar aan bij. Bij integratie in de oncologische zorg is awareness en betrokkenheid van medische zorgverleners van belang. In dit kader is het opvallend dat bij 15 van de hier gepresenteerde ontwikkelde interventies artsen betrokken zijn. Dit lijkt een goed uitgangspunt voor bevordering van integratie. Hoe artsen precies bij PSO-interventies betrokken zijn, verdient nadere aandacht.

4.4 TOT SLOT

Het is de missie van de NVPO zich in te zetten voor de ontwikkeling en bevordering van kennis met betrekking tot de psychosociale oncologie en voor professionele, toegankelijke en tijdige psychosociale zorg als integraal onderdeel van oncologische zorg. De NVPO maakt zich dan ook sterk voor het toegankelijk en inzichtelijk maken van het aanbod aan psychosociale oncologische zorg in Nederland, alsmede van ontwikkelingen op dit terrein. De weerslag hiervan is te vinden in deze inventarisatie naar ontwikkelingen rond PSO-interventies in de PSOZ.

Het rapport benadrukt het belang van een goede aansluiting tussen onderzoek, klinisch werkveld en beleid. Hiervoor is een intermediair-functie nodig, met aandacht voor initiëren, coördineren en faciliteren van kennistranslatie en implementatie om zo een betere aansluiting te realiseren. De NVPO vervult als wetenschappelijke beroepsvereniging hierin graag een rol.

5. Interventieprofielen

Overzicht PSO-interventies

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte proces ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
----	-------	------------------------	-----------------	----------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------	---	-------------------------

1. PSYCHOSOCIAAL FUNCTIONEREN

1	<u>BeMind</u>	volwassenen	borstkanker, kanker algemeen	angstklachten, angst voor terugkeer, depressieve klachten, kwaliteit van leven	PP, FS, MW, PS	F/O	5	El+	A	Helen Dowling Instituut & Radboud Universitair Medisch Centrum
2	<u>Omgaan met borstkanker</u>	volwassenen (v)	borstkanker	angst voor terugkeer, depressie, spanning en ontspanning, lichamelijke klachten na behandeling	MW, VP, AN	F	2	El	A	IKNL locatie Groningen & thuiszorg Drenthe
3	<u>I-MBCT</u>	volwassenen	-	depressieve klachten	PP	F	2	El+	A	UMCG
4	<u>Probleem-oplossende training</u>	volwassenen	-	-	PP	F	1,2	El+	A	UMCG
5	<u>Op adem na borstkanker</u>	volwassenen (v)	borstkanker	vermoeidheid, angst recidief, werkherhvatting, intimiteit	zelfhulp	O	2	El+	A	Radboud Universitair Medisch Centrum

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja El) ja, binnen eigen instituut; (Ja El+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte proces ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
6	<u>MBSR/ MBCT</u>	-	-	angst, depressieve klachten, kwaliteit van leven	PP, FS, MW, PS, VP	F	1,2,3	EI+	A	Jon Kabal-Zinn, University of Massachusetts, USA (MBSR)
7	<u>Verder leven met angst</u>	volwassenen	borstkanker, darmkanker, prostaatkanker	angst voor terugkeer	PP	B	2	Nee OZ	A	Radboud Universitair Medisch Centrum
8	<u>NUCAI</u>	volwassenen	hoofdhalskanker	-	VP	F	2	EI	A	UMC Utrecht & Julius Centrum
9	<u>Distress/ colorectal kanker</u>	volwassenen	darmkanker	distress	PP, PS, VP	B	1	Nee	A	VUmc & GGZ Ingeest
10	<u>Stepped care distress</u>	volwassenen	hematologische maligniteit	distress	FS	B	2	Nee	A	VUmc & GGZ Ingeest
11	<u>Ontspanning en Meditatie</u>	-	-	stress, vermoeidheid, angst, emoties	PP, MW, vrijwilliger	F	-	EI+	B	Toon Hermans Huis & Amarant
12	<u>Kanker en nu verder</u>	-	-	omgaan met emoties, angst voor terugkeer	PP, MW, vrijwilliger	F	2	EI+	B	Toon Hermans Huis & Amarant
13	<u>Minder angst bij kanker</u>	volwassenen	-	angst voor terugkeer	PP / zelfhulp	O	2	EI	A	Helen Dowling Instituut locatie Groesbeek
14	<u>Therapeutische weken</u>	volwassenen, naasten	-	Kanker-gerelateerde problematiek	PP, FS, AN	F	2,3	EI	B	Stichting Les Vaux
15	<u>Begeleiding gezondheidsverlies</u>	volwassenen, naasten	-	-	MW	B	2	EI	B	NKI-AVL

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja EI) ja, binnen eigen instituut; (Ja EI+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte proces ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
16	<u>Continuïteits-bezoeken</u>	volwassenen	-	-	VP	F	1,2,3	El+	A	ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen
2. FYSIEK FUNCTIONEREN EN HERSTEL										
17	<u>EXIST</u>	volwassenen	multipel myeloom en lymfoom	fysieke fitheid en vermoeidheid	FS	F	2	Nee OZ	A	Maxima Medisch Centrum
18	<u>Onco-Move</u>	volwassenen	-	fysieke fitheid, vermoeidheid, kwaliteit van leven	VP	F	1	Nee OZ	A	IKNL locatie Amsterdam
19	<u>Online menopausale klachten</u>	volwassenen (v)	borstkanker	seksuele problemen, opvliegers, slaapproblemen, nachtzweeten	PP, MW	O	1,2	Nee OZ	A	NKI-AVL & Minddistrict
20	<u>On Track</u>	volwassenen	-	fysieke fitheid, vermoeidheid, kwaliteit van leven	FS	F	1	El+	A	VUmc & NKI-AVL & Motion fysiotherapie Uithoorn
21	<u>AAF</u>	volwassenen	-	vermoeidheid	FS	O	2	Nee OZ	A	Roessingh Research & Paramedisch Instituut Rembrandt
22	<u>Telerevalidatie</u>	volwassenen	-	vermoeidheid, mentaal en fysiek functioneren	PP, FS, MW, AN	B	2,3	El	A	Roessingh Research/ Roessingh revalidatie
23	<u>Pijnsein</u>	volwassenen	-	pijn	VP	F	5	Nee	A	Radboud Universitair Medisch Centrum
24	<u>CBT vermoeidheid/kanker</u>	volwassenen	-	vermoeidheid	PP	F	2	El+	A	Radboud Universitair Medisch Centrum / NKCv

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja El) ja, binnen eigen instituut; (Ja El+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte proces ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
25	<u>Op weg naar herstel</u>	volwassenen (v)	borstkanker	vermoeidheid	PP	B	2	Nee OZ	A	Radboud Unversitair Medisch Centrum / NKCv
26	<u>Halszaken</u>	volwassenen, ouderen	hoofdhalskanker	spraakklachten, slikklachten, schouderklachten	FS, AN	B	1	Nee	A	VUmc
27	<u>REACT</u>	volwassenen	diverse vormen van kanker	fysieke fitheid en vermoeidheid	FS	F	2	EI+	A	Maxima Medisch Centrum & VUmc
28	<u>Verder zonder stembanden</u>	volwassenen	hoofdhalskanker	beweging hoofd en halsgebied na operatie, voeding, trageostoma, hygiëne stemprothese	PP, VP, FS, MW, AN	B	1,2	Nee OZ	A	VUmc
29	<u>Minder moe bij kanker</u>	volwassenen	-	vermoeidheid	PP	O	2	EI	A	Helen Dowling Instituut
30	<u>Herstel & Balans</u>	volwassenen	-	meervoudige problematiek na kanker(behandeling)	PP, FS, MW, PS, AN	F	1,2,3	EI+	A	IKNL
31	<u>Programma evenwicht</u>	volwassenen	-	vermoeidheid, conditieverlies, psychosociale aspecten, goede voeding	MW, FS, AN	F	1,3	EI	B	Rijnstate Ziekenhuis

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja EI) ja, binnen eigen instituut; (Ja EI+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte proces ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
----	-------	------------------------	-----------------	----------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------	---	-------------------------

3. COGNITIEF FUNCTIONEREN

32	<u>Fysiek trainen/ gloom</u>	volwassenen	primaire hersentumor	cognitieve problemen, stemmingsproblemen kwaliteit van leven, vermoeidheid	PP, FS, AN	O	2	Nee OZ	A	Universiteit Tilburg & MC Haaglanden & Erasmus MC, & NKI-AVL
33	<u>ReMind</u>	-	primaire hersentumor (gloom)	cognitieve problemen, mentale vermoeidheid	AN	O	-	Nee OZ	A	Universiteit Tilburg & Mobiquit & Peter Boonstra
34	<u>Cogmed</u>	-	-	cognitieve klachten	PP, AN	O	2	EI	A	Pearson

4. KINDERONCOLOGIE EN JONG VOLWASSENEN

35	<u>KLIK</u>	kinderen, jongeren, naasten	-	kwaliteit van leven, psychosociaal functioneren, communicatie	PP, MW, AN	O	1,2	EI+	A	AMC /Emma kinderziekenhuis
36	<u>PRISMA</u>	kinderen, jongeren	hersentumor	aandacht, informatieverwerken, tempo, geheugen	AN	F	2	Nee	A	AMC /Emma kinderziekenhuis & EEG Resource Institute Nijmegen
37	<u>QLIM</u>	kinderen, jongeren	-	conditie, spierkracht, kwaliteit van leven	PP, FS	F	1,2	Nee OZ	A	VUmc & UMCU
38	<u>Op Koers</u>	kinderen, jongeren	-	late effecten	PP, AN	F/O	2	EI+	A	AMC /Emma kinderziekenhuis & Trimbos

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja EI) ja, binnen eigen instituut; (Ja EI+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte proces ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
39	<u>Kanker in het gezin</u>	kinderen, jongeren naasten (van kinderen)	-	-	PP, vrijwilligers	F	5	El+	B	Toon Hermans Huis & Rouwwinkel Atalanta
5. NAASTEN										
40	<u>Lastthermo-meter</u>	naasten (van kinderen)	-	last en distress	PP, MW	F	5	El+	A	AMC/ Emma kinderziekenhuis
41	<u>BrainSTARS</u>	naasten (van kinderen)	hersentumoren, niet aangeboren hersenletsel	NHA gevolgen: sociaal emotioneel, cognitief	PP, MW, AN	F	2	El+	A	Vilans
42	<u>Ouderbegeleiding</u>	naasten (van kinderen)	-	-	MW	F	5	El	A	NKI-AVL
43	<u>Houvast, voor elkaar</u>	naasten	-	angst, somberheid, belasting door mantelzorg	PP	O	5	Nee OZ	A	Universiteit Twente & VUmc
44	<u>Verwerkingsgroep voor nabestaanden</u>	naasten	-	eigen verhaal, afscheid, emoties, eigen lichamelijke gezondheid	PP, MW, vrijwilliger	F	7	El+	B	Toon Hermans Huis & Amarant & Stichting Stade
45	<u>Nabestaandengroep</u>	naasten	-	rouw, verlies	MW	F	7	El	B	Inloophuis Pisa
46	<u>Partner groep</u>	volwassenen, naasten	-	spanning, vermindering draagkracht	MW	F	1,2,3	El	B	Inloophuis Pisa

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja El) ja, binnen eigen instituut; (Ja El+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte process ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
----	-------	------------------------	-----------------	----------------	---------------------------	-------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---	-------------------------

6. PREVENTIE, SCREENING EN KWALITEIT VAN LEVEN

47	<u>Geriatric Navigator</u>	volwassenen	-	-	VP	F	1,2,3	El+	A	IKNL locatie Eindhoven & GeriOnNe
48	<u>Complexe zorg</u>	-	-	vals-positieve uitslagen mislukte operatie, medische fouten	PP, PS	F	5	Nee	B	VUmc
49	<u>ROGY care</u>	-	gynaecologische kanker	informatievoorziening	VP, AN	F	1,2	Nee OZ	A	Universiteit Tilburg & IKZ

7. COMMUNICATIE EN PATIËNTINFORMATIE

50	<u>Mijn Vragenhulp</u>	-	slokdarmkanker	-	AN	O	2	Nee OZ	A	AMC Amsterdam
51	<u>GIOCA dag</u>	volwassenen	darmkanker	-	-	O	1	El	A	UvA & AMC & GIOCA kliniek
52	<u>Patient Navigator</u>	volwassenen	darmkanker	overzicht behandelproces	VP	O	1,2	Nee OZ	A	UvA & AMC & IKNL & Haga ziekenhuis
53	<u>Besluit palliatieve oncologie</u>	volwassenen	ongeneeslijke kanker	besluitvorming palliatieve chemo	zelfhulp	A	3	Nee OZ	A	AMC Amsterdam
54	<u>PatientTIME</u>	volwassenen	Non-Hodgkin lymfoom	-	zelfhulp	O	5	El	A	NIVEL
55	<u>Ondersteuning bij besluitvorming</u>	jongeren, volwassenen, naasten	-	-	MW	F	1,2,3	El	B	NKI-AVL

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja El) ja, binnen eigen instituut; (Ja El+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte proces ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
----	-------	------------------------	-----------------	----------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------	---	-------------------------

8. WERK EN SURVIVORSHIP

56	<u>A-WORK</u>	-	-	werkhervatting	FS, AN	F	1,2	El+	A	AMC Amsterdam
57	<u>RE-CAP</u>	volwassenen, jongeren	-	werkhervatting	AN	F	2,3	Nee OZ	B	VUmc & EMGO & Re-turn & Agens & Olympia

9. INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT

58	<u>Seksuele revalidatie</u>	volwassenen	gynaecologische kanker met RT behandeling	(preventie van) seksuele problemen	PP, VP, AN	F	2	Nee	A	LUMC
59	<u>KIS</u>	volwassenen (v)	borstkanker	problemen met seksualiteit	PP	O	2	Nee	A	NKI-AVL & Virenze BV

10. PALLIATIEVE ZORG EN ZORG RONDOM HET LEVENSEINDE

60	<u>CBT vermoeidheid /palliatie</u>	volwassenen	borstkanker, darmkanker	vermoeidheid	FS, PP	F	3	Nee OZ	A	Radboud Universitair Medisch Centrum / NKCVC
----	------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------	--------	---	---	--------	---	--

11. ZINGEVING EN SPIRITUALITEIT

61	<u>Schrijven helpt</u>	volwassenen	-	levensvragen	GV	F	2	El+	B	VUmc & EMGO & onderzoeksgroep Samen Leven met Kanker
62	<u>Leven na kanker</u>	-	-	zingeving	PP	F	2	Nee OZ	A	VUmc & Ingeborg Douwes Centrum
63	<u>Wat bezielt je?</u>	-	-	levensvragen	PP, MW, vrijwilliger	F	-	El	B	Toon Hermans Huis & Amarant
64	<u>Haptonomische begeleiding</u>	-	-	afkeer van geschonden lichaam	PP, AN	F	5	El+	B	Helen Dowling Instituut

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja El) ja, binnen eigen instituut; (Ja El+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend

Nr	Titel	Doelgroep ¹	Vorm van kanker	Probleemgebied	Zorgverlener ²	Vorm interventie ³	Fase ziekte proces ⁴	Implementatie ⁵	Wetenschappelijke onderbouwing ⁶	Aanbieder/ Ontwikkelaar
----	-------	------------------------	-----------------	----------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------	---	-------------------------

12. GENETICA

65	<u>Counselling familie</u>	volwassenen	borstkanker, gynaecologische kanker, darmkanker	informerende familie over erfelijke kanker	MW, AN	F	6	Nee OZ	A	AMC Amsterdam
66	<u>Signaal</u>	volwassenen	-	erfelijkheids-gerelateerd, sociale problemen	AN	F	6	Nee OZ	A	NKI-AVL

- Algemeen: (PSO) Psychosociale Oncologie, (-) niet gespecificeerd / nvt

¹ Doelgroep: dit is in deze tabel gereduceerd tot vier groepen: volwassenen (inclusief ouderen, (v) vrouw), jongeren (inclusief adolescenten), kinderen en naasten (inclusief naasten van kinderen).

² Zorgverlener: (PP) psycholoog/psychotherapeut; (MW) maatschappelijk werk; (VP) verpleegkundige; (PS) psychiater; (FS) fysiotherapeut; (GV) geestelijk verzorger; (AN) andere zorgverlener (bv. arts, diëtist); zelfhulp, vrijwilliger

³ Vorm interventie: (F) Face-to-face; (O) Online; (B) Blended; (A) Anders

⁴ Fase ziekteproces: (1) diagnose/behandeling; (2) na de behandeling; (3) palliatieve fase; (4) terminale fase; (5) alle fasen; (6) erfelijkheidsonderzoek; (7) na overlijden naaste

⁵ Implementatie: (Nee) nee/nog niet; (Nee Oz) nog in onderzoek; (Ja EI) ja, binnen eigen instituut; (Ja EI+) ja binnen eigen instituut en daarbuiten

⁶ Wetenschappelijke onderbouwing: (A) Onderzoek gedaan/lopend; (B) Geen onderzoek gedaan/niet-lopend





1. BeMind

Mindfulness-Based Cognitieve Therapie
tegen angst- en depressieve klachten

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen	
Vorm(en) van kanker	- Borstkanker - Kankerpatiënten in het algemeen	
Probleemgebied/klacht	- Angstklachten (ook angst voor terugkeer) - Kwaliteit van leven	- Depressieve klachten
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Verpleegkundige - Fysiotherapeut - Alle bovengenoemde gezondheidsprofessionals indien gecertificeerd als mindfulness trainer.	- Maatschappelijk werker - Psychiater
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid	- Online
Fase in ziekte proces	Alle fasen	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Binnen eigen instituut en daarbuiten. Een vergelijkbare online mindfulness training voor kankerpatiënten wordt reeds aangeboden bij het HDI te Bilthoven en face-to-face mindfulness interventies voor kankerpatiënten worden ook op andere plekken aangeboden, o.a. in UMC Radboud te Nijmegen	
Verzekerde zorg?	Tot januari 2014 werd MBCT vergoed door de zorgverzekeraars. Echter, na advies van ZIN (voorheen CVZ) aan het ministerie is het per 01-01-2014 uit het pakket gehaald.	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Helen Dowling Instituut & Radboud Universitair Medisch Centrum	

INTERVENTIE

Doel	Er is een behoefte aan een goed bereikbare, grootschalige psychosociale interventie voor (borst)kankerpatiënten om angst- en depressieve klachten in deze populatie tegen te gaan. Daarom bieden wij MBCT aan voor (borst)kankerpatiënten. Ook bieden wij dezelfde MBCT online aan als therapist-assisted online training.
Omschrijving	De face-to-face MBCT bestaat uit 8 wekelijkse sessies van 2,5 uur en een stiltedag van 6 uur meditatie. Deelnemers worden daarnaast gevraagd om zes dagen per week 45 minuten thuis te oefenen en zullen hiervoor CD's en oefeningen ontvangen. Het individuele online MBCT programma zal dezelfde inhoud en structuur hebben als de face-to-face MBCT. In de individuele online MBCT training zullen patiënten thuis oefenen via een beveiligde website, begeleid door audiobestanden en een geschreven instructie vanuit een reader. Patiënten zullen de interventie bijvoorbeeld starten door het bijbehorende hoofdstuk voor die week te bestuderen in de reader, en door een MP3 bestand met de lichaamsverkenning te downloaden, waarna wordt gevraagd ermee te oefenen voor 45 minuten per dag. Ze registreren hun ervaringen in een huiswerk-logboek gedurende de week. De therapeut reageert op deze verslagleggingen middels een geschreven reactie op een vaststaande dag in de week.

	Patiënten gaan daarna door met de training door de hoofdstukken en oefeningen van de volgende week te downloaden. Dit beeld geldt voor alle negen weken. Patiënten kunnen slechts doorgaan met de volgende sessie nadat ze hun huiswerk-ervaringen van de vorige week hebben opgenomen. De patiënten voltooien het programma in 9-12 weken.
Uitkomstmaat	Deze interventie beoogt angst- en depressieve klachten te verminderen en psychologische gezondheid en kwaliteit van leven te verhogen en zorgkosten te verlagen.
Onderbouwing	De resultaten uit een recente meta-analyse (Ledesma & Kumano, 2009) en een systematische review (Shennan et al., 2011) waarin mindfulness interventies zijn onderzocht bij patiënten met kanker laten zien dat deze interventies de kwaliteit van leven vergroten en angst en somberheid en stressgerelateerde klachten verminderen. Deze interventie is daarnaast meermaals effectief gebleken in het verminderen van psychologische problemen en het verbeteren van welzijn van borstkankerpatiënten. In een studie met 84 borstkankerpatiënten lieten patiënten in een mindfulness interventie groep significant lagere niveaus zien voor depressie, angst en angst voor terugkeer aan het einde van hun behandeling, vergeleken met patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen. Daarnaast ervoeren ze meer energie, beter fysiek functioneren, een afname in vermoeidheid en een afname in slaaponderbrekingen (Lengacher et al., 2012). De studie van Henderson et al. (2012) onder 172 borstkankerpatiënten liet eveneens een hogere kwaliteit van leven zien voor borstkankerpatiënten die deelnamen aan een mindfulness interventie, vergeleken met deelnemers in een educatieprogramma over voeding of de gebruikelijke ondersteunende zorg. De studie van Hoffman et al. (2012) onder 229 patiënten liet ook goede resultaten zien voor mindfulness op gemoedstoestand, kwaliteit van leven en welzijn vergeleken met een controlegroep. Tenslotte laten de methodologisch sterke studies van Würtzen et al. (2012) en Carlsson et al. (2013) vergelijkbare positieve resultaten zien voor mindfulness interventies wat betreft het verminderen van psychologische problemen en het verbeteren van psychologisch welzijn bij borstkanker. Het aanbieden van mindfulness als e-mental health interventie is nog redelijk nieuw. Er zijn inmiddels enkele studies die veelbelovende resultaten laten zien naar de effectiviteit van online mindfulness therapie bij gezonde personen. Een recente studie onder 104 studenten heeft laten zien dat een twee weken durende online mindfulness zelfhulpinterventie significante invloed had op mindfulness vaardigheden en ervaren stress en angst- en depressieve klachten, vergeleken met een inactieve controlegroep (Cavanagh et al., 2013). Verder vonden Morledge et al. (2013) dat studenten die deelnamen aan een online mindfulness programma voor stress-management significante verbeteringen lieten zien op ervaren stress, mindfulness-vaardigheden, flexibiliteit van het zelfbeeld, psychologisch welzijn en kwaliteit van leven, maar niet op fysieke gezondheid of vitaliteit. Deze auteurs gaven ook aan dat online mindfulness een potentieel kosteneffectieve methode is om een achtergestelde, moeilijker bereikbare patiëntengroep te bereiken. Tenslotte liet een recente studie zien dat een interactieve, 10 weken durende online mindfulness training eveneens effect had op ervaren stress (Krusche et al., 2012). Specifieke studies naar de resultaten van online mindfulness voor borstkankerpatiënten zijn nog afwezig. In Canada wordt op dit moment gewerkt aan een klinische trial voor borstkankerpatiënten die niet in staat zijn om bij een groepsbijeenkomst aanwezig te zijn. In deze trial wordt de effectiviteit van online mindfulness groepstherapie in het verminderen van stressklachten vergeleken met borstkankerpatiënten op een wachtlijst.
Aanvullende informatie	De MBCT voor (borst)kankerpatiënten is een adaptatie van verschillende MBCT protocollen gebruikt in verschillende IPSO therapeutische centra.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Alle patiënten met een diagnose (borst)kanker (alle stadia), bij wie sprake is van psychisch lijden (totale HADS score ≥ 11), wie, indien er psychofarmacologische medicatie wordt gebruikt, ingesteld is op een stabiele dosis voor ten minste drie maanden, wie toegang heeft tot internet
Exclusie	Geëxcludeerd worden alle patiënten met ernstige psychiatrische comorbiditeit zoals psychoses en idealisatie van zelfmoord.

CONTACT

Website	- www.hdi.nl - www.radboudcentrumvoormindfulness.nl
Contactpersoon	Félix Compen, MSc. Radboud universitair centrum voor Mindfulness, Nijmegen Felix.compen@radboudumc.nl

2. Omgaan met Borstkanker

Een psycho-educatief nazorgprogramma

"Ik wilde graag leren omgaan met angst en onzekerheid. Dat is nu aangereikt en dat helpt alles op een rijtje te zetten en je gedachten positief te maken en meer te ontspannen."

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Vrouwen met borstkanker
Vorm(en) van kanker	Borstkanker
Probleemgebied/klacht	- Negatieve emoties als angst (voor terugkeer) en depressie. - Spanning en ontspanning - Sociale vaardigheden en assertiviteit - Stress en overbelasting - Lichamelijke klachten na de behandeling (zoals vermoeidheid, verandering in uiterlijk)
Zorgverleners	- Maatschappelijk werker - Creatief therapeut - Verpleegkundige
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut
Verzekerde zorg?	Nee, de kosten voor de cursus bedragen 50 euro. Voor degenen, die dit niet kunnen betalen is er een regeling. Het programma wordt begeleid door een maatschappelijk werker en een verpleegkundig specialist mammacare van het LUMC.
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Integraal Kankercentrum Noord en Thuiszorg Drenthe (generiek programma voor alle patiënten met kanker). In 2005 aangepast in het LUMC voor vrouwen met borstkanker.

INTERVENTIE

Doel	Vrouwen met borstkanker te ondersteunen in hun psychologisch herstel na de behandeling.
Omschrijving	Onder begeleiding van een maatschappelijk werker en een verpleegkundig specialist mammacare worden medische-, verpleegkundige- en psychosociale onderwerpen behandeld. Het groeps-element stelt deelnemers in staat hun ervaringen te delen en te leren van elkaar. Het programma bestaat uit negen bijeenkomsten georganiseerd in het LUMC. De eerste vier sessies zijn wekelijks, de volgende vier sessies zijn tweewekelijks. Een laatste bijeenkomst is een terugkomssessie twee maanden na de achtste bijeenkomst. Sessies duren 2,5 uur elk. Psycho-educatieve modules worden per sessie afgewisseld en omvatten onder andere: ademhaling en ontspanning, rationeel emotieve technieken, sociale vaardigheden en assertiviteit, visualisatieoefeningen.

	Medisch educatieve modules omvatten een introductie tot borstkanker en de bestaande behandelingen, veelvoorkomende bijwerkingen van behandelingen, depressie, vermoeidheid en bewegen, voeding, re-integratie en seksualiteit. Eind jaren '90 is door het Integraal Kankercentrum Noord en Thuiszorg Drenthe de Cursus 'Omgaan met Kanker' ontwikkeld. Sinds 2005 wordt het programma in het LUMC aangeboden specifiek aan vrouwen met borstkanker. Hiervoor zijn de educatieve modules toegespitst op de ziekte en behandeling van borstkanker. Het organiseren van een meer homogene groep vergemakkelijkt de herkenning en erkenning door de deelnemers. De cursus staat open voor vrouwen die een in opzet curatieve behandeling hebben afgerond (operatie, radiotherapie, chemotherapie). Het momenteel ondergaan van langdurende follow-up behandelingen als hormoontherapie of immunotherapie is geen exclusie criterium. Via verschillende kanalen (wachtruimtes, ziekenhuis- en patiëntenwebsites) worden vrouwen attent gemaakt op het programma. <i>*Grol BMF, Bennenbroek FTC, Vos D. Psycho-educatief programma voor kankerpatiënten. Cursus 'Omgaan met kanker'. In: de Haes JCM, Gualthérie van Weezel LM, Sanderman R, van de Wiel HBM eds. Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: Handboek voor de professional. Assen: Van Gorkum; 2001. Pp. 154-60</i>
Uitkomstmaat	- Een verbetering in psychosociaal welbevinden onder de deelnemers - Het versterken van de draagkracht in de periode na de behandeling - Het vergroten van kennis over borstkanker gerelateerde en psychologische thema's - Het bieden van een platform voor uitwisseling van sociale steun onder deelnemers
Onderbouwing	Het groepsprogramma is sinds 2005 in onderzoeksverband aangeboden in het LUMC. Deelnemers hebben op verschillende momenten een vragenlijst over hun kwaliteit van leven en emotionele klachten ingevuld tot een jaar na aanvang van de cursus. Resultaten lieten zien dat scores voor emotionele klachten (angst en depressieklachten) direct na de cursus significant waren afgenomen en dat deze scores daarna gelijk bleven in het jaar daarop. Ook bleek dat deelnemers minder negatieve emoties ervoeren ten aanzien van hun borstkanker. Kwaliteit van leven scores, met name het emotioneel, sociaal en rolfunctioneren, verbeterden tijdens de cursus en bleven daarna stabiel. <i>- Fischer MJ, Wiesenhaan-Breeuwer ME, Does-den Heijer A, Kleijn WC, Nortier JWR, & Kaptein AA. From despair to hope: a longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. Br J Health Psychol. 2013; 18:526-45.</i> <i>- Fischer MJ, Wiesenhaan-Breeuwer ME, Does-den Heijer A, Kleijn WC, Nortier JWR, & Kaptein AA. Longitudinal associations between illness perceptions, coping and distress among breast cancer patients attending a psycho-educational intervention. Psycho-Oncology 2013; 22:251-252.</i>
Aanvullende informatie	Over de cursus is een DVD gemaakt die beschikbaar is voor zorgverleners die geïnteresseerd zijn in het aanbieden van een dergelijk interventie binnen hun eigen instelling. De DVD bevat alle educatieve materialen die zijn aan te passen voor gebruik in de eigen instelling, enkele data uit de longitudinale studie onder de deelnemers, en interviewfragmenten met voormalig deelnemers over hun ervaringen met het programma. Deze DVD is te bestellen via het secretariaat van de Dienst Maatschappelijk Werk en Patiëntenservice van het LUMC.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Diagnose borstkanker - Behandeling (m.u.v. hormoontherapie of immunotherapie) moet zijn afgerond
Exclusie	- Ernstige psychopathologie - Beperkte levensverwachting - Onvoldoende in staat een groepsinterventie te volgen - Niet de Nederlandse taal machtig zijn

CONTACT

Website	http://www.lumc.nl/con/1910/150344/101116115906442/
Contactpersoon	Maarten Fischer, psycholoog. Afdeling Klinische Oncologie LUMC, m.j.fischer@lumc.nl

3. I-MBCT

Individuele Mindfulness-Based Cognitieve Therapie
bij depressieve klachten



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Depressieve klachten
Zorgverleners	Psycholoog/psychotherapeut
Vorm van interventie	Individueel
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Het protocol voor I-MBCT is ontwikkeld door J. Fler en M. Schroevers, werkzaam als psycholoog onderzoekers in het UMCG.

INTERVENTIE

Doel	De interventie heeft als doel depressieve klachten bij mensen met kanker te verminderen, door ze te leren anders met stressvolle ervaringen om te gaan.
Omschrijving	I-MBCT is een aanpassing van het MBCT groepsprotocol van Segal, Williams & Teasdale. Net als de mindfulness groepstraining bestaat I-MBCT uit 8 wekelijkse bijeenkomsten, van elk 60 minuten. De inhoud sluit nauw aan op de inhoud van de groepssessies, alleen zijn vanwege de kortere sessieduur sommige onderdelen ingekort. Ook het huiswerk is ingekort van 45 naar 30 minuten per dag. Tijdens de gesprekken worden adem- en lichaamsgerichte oefeningen gedaan en nabesproken, zoals de body scan, zitmeditatie, loopmeditatie en yoga. I-MBCT is dus geen gesprekstherapie in de zin dat de nadruk ligt op het bespreken van de inhoud van de problemen van de deelnemer. Het doel van de training is het leren een meer bewuste, milde houding aan te nemen ten aanzien van ervaringen en gebeurtenissen. Meer aandacht en acceptatie geeft vaak ruimte om bewuster keuzes te maken en anders met de moeilijke dingen in het leven om te gaan.
Uitkomstmaat	Reductie van depressieve klachten, betere stemming.

Onderbouwing

Er zijn verschillende studies en meta-analyses die aantonen dat groep MBCT effectief is in het verminderen van psychische klachten in verschillende (non-) klinische groepen, inclusief mensen met kanker

- *Carlson et al., 2013; Fjorback et al., 2011; Hoffman et al., 2010; Matchim et al., 2011*). Eigen pilotonderzoek heeft aangetoond dat I-MBCT effectief is in het verminderen van psychische klachten zoals depressieve symptomen (Schroevers et al., 2013)

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

-

Exclusie

- Sprake van suïcidaliteit of psychotische klachten (zowel heden als verleden)
- Neurologische aandoening
- Huidige alcohol/drugsverslaving

CONTACT

Website

-

Contactpersoon

Dr. Maya Schroevers, Health Psychology, UMCG, m.j.schroevers@umcg.nl

4. Probleemoplossende vaardigheidstraining voor mensen na kanker



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	-
Zorgverleners	Psycholoog/psychotherapeut
Vorm van interventie	Individueel
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	De interventie is ontwikkeld, aangeboden en geëvalueerd in het UMCG, Groningen, door psycholoog onderzoekers van het departement van Health Psychologie.

INTERVENTIE

Doel	De interventie heeft als doel het welbevinden van mensen na kanker te verbeteren, door ze te leren anders tegen stressvolle ervaringen aan te kijken en daar mee om te gaan.
Omschrijving	De probleemoplossende vaardigheidstraining is oorspronkelijk ontwikkeld op basis van het social problem solving model van D'Zurilla en Goldfried (1971) en kent al een lange en veel beproefde geschiedenis binnen de (geestelijke) gezondheidszorg. De behandeling heeft zijn effect vooral bewezen op het gebied van de stressgerelateerde stoornissen. Het idee achter de training is dat hoe effectiever patiënten zijn in het oplossen of omgaan met stressvolle problemen in het dagelijkse leven, hoe waarschijnlijker het is dat zij minder stress ervaren. Mensen kunnen op twee verschillende manieren tegen problemen aankijken, namelijk met een positieve of een negatieve probleemoriëntatie. Daarnaast zijn drie stijlen van probleem oplossen te definiëren: de rationele, impulsieve, of vermijdende stijl. Om het succesvol oplossen van problemen te bevorderen wordt beoogd dat een persoon leert rationeel, planmatig, systematisch en vaardig probleemoplossende technieken toe te passen.

	Het in het UMCG ontwikkelde protocol heeft de standaard probleemoplossende vaardigheidstraining toegespitst op de problematiek van mensen met kanker. Het protocol bestaat uit 8 tot 10 individuele gesprekken van een uur, bij voorkeur wekelijks of om de week. Van de deelnemer wordt ook gevraagd om tussen de gesprekken thuis opdrachten te maken.
Uitkomstmaat	Betere stemming
Onderbouwing	Er zijn verschillende studies en meta-analyses die aantonen dat problem solving therapie werkt voor een diverse range aan klachten en doelgroepen, zie voor een overzicht Cuijpers et al. (2007) en Malouff et al. (2007)

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Dr. Maya Schroevers, Dep. Health Psychology, UMCG, m.j.schroevers@umcg.nl

5. Op adem na borstkanker

Online zelfhulpprogramma gericht op afnemen distress en toenemen empowerment



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Vrouwen met borstkanker
Vorm(en) van kanker	Borstkanker
Probleemgebied/klacht	- Vermoeidheid - Intimiteit - Angst (recidief) - Werkhervatting
Zorgverleners	Geen, het is een zelfhulpprogramma.
Vorm van interventie	- Individueel - Onbegeleid - Online
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Implementatie zal plaats vinden medio 2014
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Afdeling Medische Psychologie van het Radboudumc te Nijmegen

INTERVENTIE

Doel	Doel van het online zelfhulpprogramma is dat vrouwen na behandeling voor borstkanker ondersteund worden in het afnemen van klachten en het toenemen van eigen krachten zonder hulp van professionals.
Omschrijving	Het niet-begeleide online zelfhulpprogramma 'Op adem na borstkanker' leidt patiënten chronologisch door universele thema's uit de herstelfase na behandeling van borstkanker. Het zelfhulpprogramma beslaat vier maanden die verschillende fasen van herstel na borstkanker representeren: Terugkijken, Verwerken, Versterken, Vooruitkijken. Elke maand heeft een vaste structuur en werkzame ingrediënten zijn Informatie (25 teksten), Opdrachten (48), Testen (10) en Film (39 interviewfragmenten). Om effectief te zijn voor alle borstkankerpatiënten is de BREATH-interventie ontwikkeld met twee doelen: afnemen van de psychologische impact (distress) van borstkanker en toenemen van eigen krachten (empowerment). De inhoud van de interventie is gebaseerd op borstkankerspecifieke informatie en traditionele elementen uit de cognitieve gedragstherapie (CGT), zoals psycho-educatie, cognitieve herstructurering, formuleren van (realistische) doelen en procesevaluatie. Met behulp van zelfmanagement worden patiënten uitgerust met intra- en interpersoonlijke vaardigheden die hen ondersteunen bij herstel na borstkanker.

Uitkomstmaat	Afname van distress
Onderbouwing	- Berg S van den, Gielissen MFM, Ottevanger PB, Prins JB. Rationale of the BREast cancer e-healTH [BREATH] multicentre randomised controlled trial: an internet-based self-management intervention to foster adjustment after curative breast cancer by decreasing distress and increasing empowerment. BMC Cancer 2012, 12(1):394. - Berg SW van den, Peters EJ, Kraaijeveld JF, Gielissen MFM, Prins JB. Usage of a Generic Fully-Automated Web-Based Self-Management Intervention for Breast Cancer Survivors: Longitudinal Study from the Intervention Arm of the BREATH Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2013;15(8):e170.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Toegang tot een computer met Internet, - Moet in het bezit zijn van een emailadres - De Nederlandse taal voldoende beheersen
Exclusie	- Vrouwen met gemetastaseerde borstkanker - Psychiatrische problematiek

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Drs. Sanne van den Berg, afdeling Medische Psychologie, Radboudumc Nijmegen, Sanne.vandenBerg@radboudumc.nl

6. MBSR/MBCT

Mindfulness-Based Stress Reductie of Mindfulness-Based
Cognitieve Therapie voor mensen met kanker

*“Nou, dat je leert of bezig bent met het er echt zijn in
het moment. Niet van: ‘Wat als? En wanneer?
En straks en zo.’”*

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	-
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Angst- en depressieklachten - Kwaliteit van leven
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Verpleegkundige - Fysiotherapeut Indien bovenstaande zorgverleners gecertificeerd mindfulness trainer zijn.
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandel fase - Palliatieve fase - Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.
Verzekerde zorg?	Tot januari 2014 werd MBCT vergoed door de zorgverzekeraars. Echter, na advies van ZIN (voorheen CVZ) aan het ministerie is het per 01-01-2014 uit het pakket gehaald.
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	MBSR is ontwikkeld door Jon Kabat-Zinn (1990) aan de University of Massachusetts, Amerika.

INTERVENTIE

Doel	De MBSR/MBCT training is een groepstraining waarin deelnemers leren om met een niet-oordelende aandacht aanwezig te zijn in het hier en nu. De interventie beoogt angst- en depressieklachten te verminderen, acceptatie en kwaliteit van leven te vergroten.
Omschrijving	MBSR is een 8-weekse groepstraining van 2,5 uur durende sessies waarin mindfulness wordt beoefend. Tussen sessie 6 en 7 is een stilte dag en deelnemers wordt gevraagd om zes dagen per week 45 min thuis te oefenen. Hiervoor krijgen ze een set CD's en een werkboek mee naar huis. Mindfulness oefeningen omvatten de bodyscan, yoga, zit- en loopmeditatie.

	Mindfulness wordt gedefinieerd als het aandacht besteden aan het huidige moment zonder hier een oordeel over te hebben. Door herhaaldelijk de aandacht terug naar het huidige moment te brengen, leren deelnemers zich los te maken van disfunctionele gedachten en direct de ervaringen van het huidige moment te ervaren. Daarnaast worden er enkele didactische oefeningen gegeven om bijvoorbeeld de relatie tussen gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties uit te leggen. De training richt zich op de psychologische kant van ziekte, pijn en bijkomende angst en depressie klachten. Wij bieden in het Helen Dowling Instituut en het Radboud Centrum voor Mindfulness, Radboud UMC, een mindfulness training in onderzoeksverband aan voor patiënten met kanker (en hun partners) die zowel componenten van de MBSR als de MBCT bevat.
Uitkomstmaat	De interventie beoogt angst- en depressieklachten te verminderen, acceptatie en kwaliteit van leven te vergroten.
Onderbouwing	MBSR is ontwikkeld door Jon Kabat-Zinn (1990) aan de University of Massachusetts, Amerika. In eerste instantie werd het aangeboden aan patiënten met chronische lichamelijke aandoeningen, zoals chronische pijn, psoriasis en later ook kanker. Later is deze interventie aangepast door Segal, Williams en Teasdale (2002) om deze toepasbaar te maken bij mensen met terugkerende depressie. Dit werd de MBCT genoemd. Een recente meta-analyse van Piet, Würtzen & Zachariea (2012) van 13 niet-gerandomiseerde studies en 9 gerandomiseerde gecontroleerde trials heeft geconcludeerd dat er positief bewijs is voor het gebruik van mindfulness-based interventies om angst en depressieklachten te reduceren bij patiënten met kanker. Daarnaast is onlangs uit een grote gerandomiseerde gecontroleerde trial van Carlson et al. (2013) gebleken dat een mindfulness-based interventie zelfs effectiever blijkt te zijn in het verminderen van stress symptomen en verbeteren van kwaliteit van leven dan de Supportive Expressive Therapy (SET) in vrouwen met borstkanker. De SET is een gevalideerde groepsinterventie die veel toegepast wordt bij vrouwen met borstkanker in Noord-Amerika. - Carlson, L.E. et al. (2013). <i>Randomized controlled trial of Mindfulness-Based Cancer Recovery versus Supportive Expressive Groep Therapy for distressed survivors of breast cancer (MINDSET)</i>. <i>Journal of Clinical Oncology</i>, 31 (25), 3119- 3126. - Piet, J. et al. (2012). <i>The effect of Mindfulness-Based Therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis</i>. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 80 (6), 1007-1020.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	- Psychoses - Suïcidaliteit - Alcohol- en drugsafhankelijkheid

CONTACT

Website	- www.hdi.nl - www.radboudcentrumvoormindfulness.nl
Contactpersoon	Melanie Schellekens, Radboud Centrum voor Mindfulness, Radboudumc, Melanie. Schellekens@radboudumc.nl

7. Verder Leven met Angst

Cognitieve gedragstherapeutische interventie



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Mannen	- Ouderen - Vrouwen
Vorm(en) van kanker	In onderzoeksverband nu alleen nog beschikbaar voor patiënten met borst-, darm- of prostaatkanker. Echter, de interventie is zo ontworpen dat deze uiteindelijk gegeneraliseerd kan worden naar andere patiëntengroepen.	
Probleemgebied/klacht	Angst voor terugkeer van kanker	
Zorgverleners	Psycholoog/psychotherapeut	
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Blended care: Een combinatie van face to face therapie (6 sessies) aangevuld met online activiteiten en 3 e-consults.	
Fase in ziekte proces	Na de behandeling	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, de interventie wordt momenteel enkel in het kader van onderzoek aangeboden	
Verzekerde zorg?	-	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Radboud Universitair Medisch Centrum	

INTERVENTIE

Doel	Deze psychosociale interventie is specifiek gericht op angst voor terugkeer van kanker en heeft als doel om patiënten die hoog angstig zijn na de behandeling van kanker te leren op een andere manier met de angst om te gaan zodat deze in het dagelijks leven minder overheersend aanwezig is en beter beheersbaar.
Omschrijving	De interventie betreft een individuele cognitieve gedragstherapeutische interventie. De behandeling (blended-care) bestaat uit 8 contactmomenten met een psycholoog waarbij vooral gewerkt wordt aan gedachten en gedragingen die aan deze angst verbonden zijn. Een aantal van deze contacten zullen plaatsvinden via internet ('e-consult') of per telefoon. De overige contacten zijn face to face. Tijdens de behandeling zal gekeken worden naar de factoren die angst uitlokken of in stand houden.

	Hierbij kan worden gedacht aan persoonlijkheid, eerdere levensgebeurtenissen, triggers van angst (interne en externe factoren) en niet-helpende gedachten of gedrag. Een persoonlijk 'angstmodel' wordt opgesteld en zal het aanknopingspunt van de behandeling vormen. Onderdelen en technieken die tijdens de behandeling aan bod komen zijn o.a. - Cognitieve herstructurering (niet-helpende gedachten identificeren en ombuigen naar meer-helpende gedachten). - Gedragsexperimenten (opstellen angsthiërarchie, exposure- en responsepreventie). - Persoonlijke doelstellingen en toekomstplannen. - Ontspanning en mindfulness. - Krachtbronnen. - Terugvalpreventie. Met behulp van thuisopdrachten (online of met behulp van een papierenwerkboek) wordt steeds uitgewerkt en geoefend met wat in de sessie aan de orde is gekomen. De patiënt leert zo om actief vat te krijgen op de klachten (copingvaardigheden) en de huidige klachten van bezorgdheid, onrust en angst beter het hoofd te bieden.
Uitkomstmaat	Angst voor terugkeer van kanker is een reële angst. Het doel van de interventie is dan ook niet zozeer om deze angst weg te nemen maar veeleer te leren om op andere manier met de angst om te gaan zodat de angst het dagelijks leven minder in zijn greep houdt.
Onderbouwing	De interventie is ontwikkeld met een subsidie van KWF kankerbestrijding. Momenteel wordt de (kosten)effectiviteit van de interventie onderzocht in een Randomized Controlled Trial. Resultaten zijn naar verwachting in het najaar van 2016 beschikbaar.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- 6 maanden tot max. 5 jaar geleden de primaire (in opzet curatieve) behandeling van borst-, darm-, of prostaatkanker afgerond. - Op het moment van deelname vrij van de ziekte kanker, gedefinieerd door de afwezigheid van somatische ziekte parameters. - Leeftijd 18 jaar of ouder. - Een score van 14 of hoger op de Cancer Worry Scale, indicatief voor verhoogde angst voor terugkeer van kanker. - Voldoende beheersing van de Nederlandse taal. - Geen actieve psychologische of psychiatrische (gesprekstherapeutische) behandeling voor psychosociale problematiek ten tijde van inclusie.
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Prof. dr. J. Prins, afdeling Medische Psychologie, Radboudumc, Nijmegen, judith.prins@radboudumc.nl

8.NUCAI

Nurse Counselling and After Intervention



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	Hoofd-hals kanker
Probleemgebied/klacht	-
Zorgverleners	Verpleegkundige: de verpleegkundige is hiervoor speciaal getraind, heeft ruime werkervaring en is in het bezit van de oncologie aantekening.
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Binnen eigen instituut. De interventie is in een aangepaste vorm geïmplementeerd in het UMC Utrecht, gekoppeld aan routine screening op lichamelijke symptomen en psychosociale problemen met behulp van de LAST meter. Onderzoekresultaten van de aangepaste interventie zijn medio 2014 bekend.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	UMC Utrecht, hoofd-hals oncologie in samenwerking met het Julius Centrum

INTERVENTIE

Doel	De NUCAI heeft als doel patiënten te helpen met het omgaan met de fysieke, psychologische en sociale consequenties van de hoofd-hals kanker en de behandeling daarvan.
Omschrijving	De NUCAI is een verpleegkundige interventie die bestaat uit zes tweemaandelijks counselingssessies in het jaar na de behandeling. De interventie verloopt probleem gestuurd, op geleide van de patiënt en werd gegeven door getrainde verpleegkundige die informatie, emotionele ondersteuning, educatie en gedragstraining gaven. Patiënten ontvingen gedurende één jaar na behandeling van de hoofd-hals kanker maximaal zes counselingsgesprekken van 45 tot 60 minuten. Het tweemaandelijks gesprek was altijd in combinatie met de twee maandelijks follow-up door de hoofd-hals kanker specialist op de polikliniek. De interventie bestaat uit de volgende onderdelen: 1. Evaluatie van de mentale status van de patiënt met behulp van de Hospital Anxiety and Depression Scale

	2. Bespreken van bestaande problemen 3. Bespreken van de verschillende levensdomeinen 4. Indien nodig, aanbieden van de Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence (AFTER) intervention. (Humphris and Ozakinci, 2008) 5. Indien nodig, aanbieden van informatie en advies, kleine medische behandeling en/of ondersteunen in gedragsverandering volgens de nationale oncologische verpleegkundige richtlijnen (2000). 6. Indien nodig, verwijzen naar psychologische nazorg.
Uitkomstmaat	Verminderen van depressieve symptomen en verbeteren van kwaliteit van leven bij patiënten behandeld voor hoofd-hals kanker
Onderbouwing	Onderzoek naar deze interventie toonde aan dat de onderzochte verpleegkundige counseling op korte termijn effectief is in het verminderen van depressieve symptomen. Een jaar na de behandeling bleek de hoeveelheid depressieve symptomen significant lager in de interventiegroep dan in de controlegroep in de totale steekproef, maar vooral in de subgroep van patiënten met een verhoogde niveau van depressieve symptomen. Lange termijn effecten werden aangetoond op fysieke symptomen, kwaliteit van leven en depressieve symptomen. Twaalf maanden na de primaire behandeling was de interventiegroep significant verbeterd ten aanzien van depressieve symptomen, emotioneel en fysiek functioneren, pijn, slikken, openen van de mond en sociale contacten. Deze verbeteringen bleven bestaan na het beëindigen van de interventie die een jaar duurde. Op 18 maanden bleven depressieve symptomen, globale kwaliteit van leven, rol en emotioneel functioneren, pijn, slikken en het openen van de mond verbeterd in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep. Na 24 maanden werd een effect op vermoeidheid gevonden, terwijl de effecten op emotioneel functioneren aanhielden. De conclusie was dat de verpleegkundige counseling interventie daadwerkelijk leidde tot verbetering op verschillende domeinen van kwaliteit van leven en depressieve symptomen bij patiënten met kanker in het hoofd hals gebied. Het lijkt een veelbelovende interventie die goed uitvoerbaar is in de dagelijkse klinische praktijk. - van der Meulen et al.. (2013) One-year effect of a nurse-led psychosocial intervention on depressive symptoms in patients with head and neck cancer: a randomized controlled trial. <i>Oncologist</i> 18: 336-344, doi:10.1634/theoncologist.2012-0299 - van der Meulen et al. (2013). Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: a randomised controlled trial. <i>Br J Cancer</i>, doi:10.1038/bjc.2013.733

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	I.C. van der Meulen, UMC Utrecht, i.c.vandermeulen@umcutrecht.nl

9. Screenen en behandelen van psychologische distress bij gemetastaseerde colorectale kanker



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Ouderen	
Vorm(en) van kanker	Gemetastaseerd colorectaal kanker	
Probleemgebied/klacht	Psychologische distress (gevoelens van somberheid en angst)	
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Psychiater	- Verpleegkundige
Vorm van interventie	- Online - Begeleid	- Face-to-face - Individueel
Fase in ziekte proces	Diagnose en behandelfase	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee	
Verzekerde zorg?	Ja, via basispakket en aanvullende verzekering	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Vrije Universiteit Medisch Centrum en GGZ InGeest	

INTERVENTIE

Doel	Het vroegtijdig opsporen van psychologische distress en zonodig behandelen van psychologische distress, volgens een stepped care benadering.
Omschrijving	Het ontwikkelde TES-programma is gebaseerd op gericht selecteren ('Targeted selection'), gestructureerd begeleiden ('Enhanced care') en . Stepped care bestaat uit (i) oplettend afwachten; (ii) als psychologische distress blijft bestaan, een zelfhulp programma met begeleiding (gebaseerd op de principes van problem solving therapie); een online zelfhulp programma of via een cursusboekje; (iii) als psychologische distress blijft bestaan wordt er een probleem analyse uitgevoerd en een afspraak ('contract') gemaakt met de patiënt over de volgende stap; de behandeling bestaat uit problem solving therapie(face-to-face); (iv) als psychologische distress blijft bestaan wordt er psychotherapie of medicatie aangeboden.

Uitkomstmaat	Opsporen en verminderen van psychologische distress (gevoelens van somberheid en angst)
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Patiënten met gemetastaseerde colorectale kanker - Start van de behandeling met 1ste lijn chemotherapie - Levensverwachting > 3 maanden
Exclusie	- Leeftijd < 18 of > 85 jaar - Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal - Recente psychotherapie (< 3 maanden geleden, 1 keer per 2 weken) - Ernstige psychopathologie - Geen informed consent

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Prof. dr. Joost Dekker, Vumc, j.dekker@vumc.nl

10. Stepped care programma voor behandeling van psychologische distress bij hematologische maligniteiten



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	Hematologische maligniteiten
Probleemgebied/klacht	Psychologische distress (gevoelens van somberheid of angst)
Zorgverleners	Fysiotherapeut
Vorm van interventie	- Online - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Diagnose en behandelfase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee
Verzekerde zorg?	Ja , via de basiszorg en via aanvullende verzekering.
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Vrije Universiteit Medische Centrum en GGZ InGeest

INTERVENTIE

Doel	Deze behandeling heeft tot doel psychologische distress (gevoelens van somberheid of angst) te verminderen.
Omschrijving	Stepped care bestaat uit (i) het op internet gebaseerde zelfhulpprogramma; het zelfhulpprogramma is gebaseerd op de principes van problem solving therapie. Als na het zelfhulpprogramma psychologische distress voort blijft bestaan volgt een diagnostische evaluatie, gestandaardiseerd interview en probleemanalyse. Gebaseerd op de hierbij verkregen informatie wordt (ii) met de patiënt een afspraak ('contract') gemaakt over de volgende stap: de behandeling in deze stap bestaat uit individuele counseling (ook gebaseerd op de principes van problem solving therapie), medicatie of een gerichte verwijzing (voor psychotherapie, fysiotherapie of maatschappelijk werk).
Uitkomstmaat	Minder psychologische distress (minder gevoelens van somberheid of angst)

Onderbouwing

Het effect van het stepped care programma wordt momenteel onderzocht in een gecontroleerd onderzoek.

Braamse A.M. et al.. Distress and quality of life after autologous stem cell transplantation: a randomized clinical trial to evaluate the outcome of a web-based stepped care intervention. BMC Cancer, 2010, 10(1):361.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

- Patiënten die behandeld worden met een autologe stamceltransplantatie na een hoge dosis chemotherapie
- Levensverwachting meer dan 3 maanden

Exclusie

- Leeftijd jonger dan 18 of ouder dan 65
- Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal
- Contraindicatie voor de stepcare benadering

CONTACT

Website

-

Contactpersoon

Prof. dr. Joost Dekker, VUmc, j.dekker@vumc.nl

11. Ontspanning en Meditatie

Groeps cursus gericht op omgaan met vermoeidheid en stress



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Allen die met kanker te maken hebben	- Ouderen
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	- Stress - Vermoeidheid - Angst en andere heftige gevoelens / emoties - Communicatie met omgeving - Ruimte maken voor jezelf	
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Soms ondersteuning door gastvrouw / gastheer in THHA	
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid	
Fase in ziekte proces	Iedere fase waarin iemand in staat is en wenst of kan meedoen.	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten, namelijk, IKMN, Stichting Amarant, THHA, op locatie bij opdrachtgevers	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Stichting Amarant en Toon Hermans Huis Amersfoort (THHA)	

INTERVENTIE

Doel	De cursus biedt ondersteuning bij: Leren omgaan met stress, heftige emoties, vermoeidheid. Ontspannen, tot rust komen, verwerken wat je is overkomen, lotgenotencontact, met aandacht aanwezig zijn te midden van de chaos waarin je terecht kunt komen door kanker en alle gevolgen.
Omschrijving	In 8-10 bijeenkomsten worden oefeningen aangeboden en worden deelnemers uitgenodigd deze thuis te doen. In de cursus worden oefeningen en meditatie gedaan die de deelnemers in staat stellen zich te oriënteren en kennis te maken met verschillende vormen van meditatie. Zo kunnen ze hun eigen manier van ontspannen en mediteren ontdekken en vorm leren geven in hun dagelijks leven. Het hoofd accent ligt dus op individueel werken in groepsverband.

	De uitwisseling in de groep is essentieel: men heeft de gelegenheid tot lotgenotencontact (erkenning en herkenning), leert zelf hulp vragen en hulp geven, en ervaart dat er meerdere goede wegen zijn. Deelnemers krijgen zicht op hun eigen meditatie-thema / verwerkingsstijl en wat hen wel en niet tot steun is. De deelnemers krijgen een CD mee met oefeningen die zij thuis kunnen doen. Oefeningen worden liggend, zittend, staand en bewegend gedaan. Aandacht voor de ademstroom komt in alle oefeningen terug. Er zijn o.a. geleide meditatie's, oefeningen voor het bewust ervaren van zintuigen, gedachten, gevoelens en lichaam; bij alle oefeningen gaat het er om te leren aandacht geven en te leren loslaten.
Uitkomstmaat	Integratie van bovenstaande in het dagelijks leven. Gevolg kan zijn dat je tot rust komt ondanks alle moeilijkheden die zich in je leven voordoen.
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Men moet in staat zijn in een groep te functioneren
Exclusie	- Als er sprake is van (ernstige) psychiatrische klachten - Als lotgenotencontact ongewenst is

CONTACT

Website	- www.centrum-amarant.nl - www.thha.nl
Contactpersoon	Karen Rutgers-van Wijlen; Toon Hermans Huis Amersfoort, directie@thha.nl of karenrutgers3@upcmail.nl , eigen praktijk Amarant

12. Kanker en nu verder

Gespreksgroep gericht steun bij verwerking



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Allen die kanker hebben (gehad) na afronding van de medische behandelingen.	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	- Omgaan met emoties - Angst voor terugkeer - Omgaan met omgeving	- Lichaamsbeleving - Partnerrelatie / kinderen
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Soms ondersteuning van gastvrouw of gastheer in THHA	- Maatschappelijk werker
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid	
Fase in ziekte proces	Na de behandeling	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten, namelijk, IKNL Utrecht, Stichting Amarant, Toon Hermans Huis Amersfoort, op locatie bij opdrachtgevers.	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	-	
Ontwikkelaar/aanbieder	Stichting Amarant en Toon Hermans Huis Amersfoort (THHA)	

INTERVENTIE

Doel	De groep is bedoeld voor mensen die na de medische behandelingen merken dat ze behoefte hebben om aandacht te besteden aan wat zij hebben meegemaakt of meemaken en ervaringen willen uitwisselen met anderen (erkenning en herkenning van ervaringen, gevoelens).
Omschrijving	De groepsbijeenkomsten (max. 10 sessies) vinden plaats rondom 'vaste' thema's maar er vindt altijd aanpassing plaats w.b. specifieke thema's die de deelnemers inbrengen. Er worden geleide meditaties en ontspanningsoefeningen gedaan, om de deelnemers te ondersteunen bij het bij zichzelf blijven te midden van de groep, er wordt psycho-educatie geboden, er vindt uitwisseling plaats d.m.v. gesprekken, diverse werkvormen (tekenen b.v.). Thema's die aan de orde komen zijn: zelfbeeld, lichaamsbeleving, angst voor terugkeer, angst voor de dood, eenzaamheid, relatie met partner, kinderen en omgeving, seksualiteit, verliesverwerking, afhankelijkheid, evt. vruchtbaarheid (kinderen kunnen krijgen), communicatie (eigen omgeving maar ook met artsen/behandelaars), werkherhvatting en toekomstperspectief.

Uitkomstmaat	Steun bieden bij verwerking en het weer oppakken van het dagelijks leven. Mensen voelen zich toegerust wat betreft het omgaan met wat hen is overkomen/ overkomt. Leren leven met en na kanker.
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Men moet in staat zijn in een groep te functioneren
Exclusie	- Als er sprake is van (ernstige) psychiatrische klachten - Als lotgenotencontact ongewenst is

CONTACT

Website	- www.centrum-amarant.nl - www.thha.nl
Contactpersoon	Karen Rutgers-van Wijlen; Toon Hermans Huis Amersfoort, directie@thha.nl

13. Minder angst bij kanker

“Door de online zelfhulptraining kan ik mijn problemen en angsten nu gemakkelijker herkennen”.

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Angst voor terugkeer van kanker
Zorgverleners	Het is een zelfhulpprogramma, dus er is geen zorgverlener direct betrokken bij de interventie. Het programma kan wel gebruikt worden bij “blended care”, dan is er een psycholoog betrokken bij de interventie.
Vorm van interventie	- Individueel - Onbegeleid - Online
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	De interventie is nog niet als zelfhulptraining geïmplementeerd. De interventie wordt wel binnen het Helen Dowling Instituut gebruikt bij “blended care”.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Helen Dowling Instituut

INTERVENTIE

Doel	Deze online zelfhulptraining heeft als doel het verminderen van angst voor terugkeer van kanker bij patiënten verschillende vormen van kanker.
Omschrijving	Deze online zelfhulptraining voor angst voor terugkeer van kanker is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Met behulp van een geïntegreerde vragenlijst wordt de training afgestemd op de behoeften van de patiënt. De training bestaat uit twee basismodules en vier keuzemodules. De basismodules zijn: (1) ‘Angst leren (her)kennen’ en (2) ‘Zet eens een andere bril op!’. De keuzemodules zijn: (1) ‘Stoppen met piekeren’, (2) ‘In beweging komen...je kunt iets doen!’, (3) ‘Ontspannen’ en (4) ‘Geruststellen’. Na het invullen van de vragenlijst krijgen patiënten feedback over hun score en advies over welke keuzemodules passend zijn bij hun situatie. Elke module bestaat uit een informatief deel en een praktisch deel, waarin patiënten gemotiveerd worden opdrachten en oefeningen in het dagelijks leven te doen. De training duurt ongeveer 8 weken, afhankelijk van het tempo van de patiënt en welke modules gevolgd worden.

Uitkomstmaat	Met behulp van de online zelfhulptraining leren patiënten anders om te gaan met de angst voor terugkeer van kanker en de negatieve gevolgen hiervan, waardoor de angst voor terugkeer van kanker zal verminderen.
Onderbouwing	Begin 2014 is een onderzoek gestart naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van deze online zelfhulptraining voor angst voor terugkeer van kanker bij vrouwen met borstkanker. Momenteel zijn er nog geen wetenschappelijke publicaties.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	-

CONTACT

Website	- www.minderangstbijkanker.nl - www.hdi.nl
Contactpersoon	Sanne van Helmondt, Helen Dowling Instituut, svanhelmondt@hdi.nl

14. Therapeutisch weken

Stichting Les Vaux



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Nabestaanden	- Naasten volwassenen
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	Kanker gerelateerde problematiek. Behandeling wordt aangepast aan de vraag.	
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Fysiotherapeut / mindfulness trainer of een andere hulpverlener voor lichaamswerk - Begeleider natuur	
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid	- Groepsverband - Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Na de behandeling - Palliatieve fase	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.	
Verzekerde zorg?	- Ja, via basispakket - Ja, via aanvullende verzekering: Specifiek bij Stad Rotterdam, DSW en mogelijk andere verzekeraars.	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Stichting Les Vaux	

INTERVENTIE

Doel	Het doel van de behandeling in Les Vaux is hulp bieden bij de emotionele verwerking van kanker vooral voor diegenen die ernstige gevolgen ondervinden van de diagnose en behandeling van kanker.
Omschrijving	De therapeutische weken voor mensen met kanker vinden plaats op het landgoed van Les Vaux in Frankrijk. De groepsgrootte is minimaal 6 en maximaal 8. De totale behandeling bestaat uit: - Intake gesprek - Groepsgesprekken onder leiding van de psycholoog en creatief therapeut. - Individuele gesprekken - Groepsgewijze en individuele sessies creatieve therapie - Lichaamsgerichte activiteiten, mindfulness en lichaamstraining - Wandelen, zwemmen

	- Nagesprek een maand na de behandeling Om maximaal effect te bereiken bestaat de behandeling uit een combinatie van de volgende therapievormen: - Informatieverstrekking - Lotgenotencontact - Psychotherapie - Creatieve therapie - Lichaamsgerichte activiteiten en mindfulness De behandeling vindt plaats in een natuurlijke en zonnige omgeving en er worden buitenactiviteiten ondernomen zoals wandelen, zwemmen, in de moestuin werken etc. Problemen die in aanmerking komen zijn: - Angst - Somberheid - Verminderde draagkracht op psychisch niveau (onverwerkte rouw, posttraumatische stress, psychiatrische co-morbiditeit etc.) en fysiek niveau (gevolgen van de kanker en de behandelingen, vermoeidheid, pijn, seksualiteit problemen etc.) - Verstoorde re-integratie in arbeidsproces
Uitkomstmaat	Minder angstig, somber, bezorgd, vermoeid. Meer genieten van het leven, meer zinvol leven.
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Fysiek in staat om de reis naar Frankrijk te maken (voor weken in Nederland kunnen ziekere mensen zich aanmelden, zijn rolstoelen mogelijk) - Psychisch in staat om met een week mee te doen (qua draagkracht, sociaal, intellectueel, persoonlijkheid, introspectie)
Exclusie	-

CONTACT

Website	www.lesvaux.nl
Contactpersoon	Elly de Bruin, info@lesvaux.nl

15. Begeleiding bij verwerking van langdurend of blijvend gezondheidsverlies



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Patiënten / patiëntsystemen in de herstelfase, na een curatief oncologische behandeling, die kampen met psychosociale problematiek ten gevolge van blijvende beperkingen en verlies van gezondheid. Het gaat om de gevolgen van de opname, behandeling of ziekte voor het eigen functioneren, de (partner)relatie en/of het werk en het vinden van een nieuwe balans of evenwicht in de veranderde situatie.
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	-
Zorgverleners	Maatschappelijk werker
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - In de vorm van relatie gesprekken/gesprekken waarin naaste ook betrokken wordt.
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.
Verzekerde zorg?	De begeleiding die wij bieden zit in de overhead, het kan ook zo zijn dat deze begeleiding wordt geboden binnen de revalidatie, dan wordt het gefinancierd middels een RBU
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	NKI-AVL

INTERVENTIE

Doel	- De sociale zelfredzaamheid van patiënt / patiëntstelsel is vergroot. - Patiënt en partner hervatten rollen en taken naar tevredenheid. - De angst en onzekerheid zijn hanteerbaar voor patiënt / patiëntstelsel. - Patiënt / patiëntstelsel heeft zelfvertrouwen en een realistische kijk op mogelijkheden en beperkingen in de gegeven situatie. - Patiënt / patiëntstelsel heeft zich aan de situatie aangepast, of de (rouw- / verlies-) verwerking is op gang gekomen.
Omschrijving	Patiënt / patiëntstelsel ruimte bieden voor het uiten van zijn gevoelens over en het geven van woorden aan de ontstane situatie.

	En samen zoeken naar een perspectief in het hier en nu en de nabije toekomst, waardoor zij zich kan/kunnen aanpassen. Hiervoor zijn verschillende gespreksvormen mogelijk, waarbij het aanpassen aan de situatie centraal staat. Mogelijke gespreksvormen zijn: - Explorerende gesprekken - Inzichtgevende gesprekken d.m.v. psycho educatie - Steunende gesprekken (herkenning, erkenning, normaliseren) - Communiceerbaar maken van verlies (informatie, bevestiging, aandacht geven en aanmoedigen) Duur: in principe maximaal 5 gesprekken. Daarnaast is er zo nodig telefonisch of e-mail contact met of voor patiënt / patiëntstelsel.
Uitkomstmaat	Patiënt / patiëntstelsel heeft zich aan de situatie aangepast, of de (rouw- / verlies-) verwerking is op gang gekomen.
Onderbouwing	Interventie is toegeschreven naar de psychosociale oncologie door het maatschappelijk werk van het AVL-NKI vanuit MOVISIE 'Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in UMC's 2007 en in de algemene ziekenhuizen 2009; Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening'

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Interventie beperkt zich tot verwerking gerelateerd aan de kanker
Exclusie	-

CONTACT

Website	www.movisie.com
Contactpersoon	Elly Kaats, maatschappelijk werker en Yvonne de Rooij, maatschappelijk werker, NKI-AVL

16. Continuïteitshuisbezoeken

ZorgSaam

Psychosociale zorg door de wijkverpleegkundige



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Nee, de lastmeter maakt alle levensgebieden bespreekbaar op de vier domeinen zoals die in een zorgleefplan benoemd zijn, wonen, sociaal, geestelijk en lichamelijk welzijn.
Zorgverleners	Verpleegkundige
Vorm van interventie	- Telefonisch - Begeleid
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Palliatieve fase - Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten, namelijk wijkverpleging.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Bij de Richtlijn behandeling mammacarcinoom. Steeds meer richtlijnen nemen deze interventie op.
Ontwikkelaar/aanbieder	ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen

INTERVENTIE

Doel	De cliënt ondersteunen tijdens een intensieve periode in het omgaan met slecht nieuws en de behandeling van kanker door het bespreekbaar maken van ondersteuningsbehoefte, het screenen van deze behoefte door middel van de lastmeter en een aanbod van psychosociale ondersteuning door middel van continuïteitshuisbezoeken door een speciaal getrainde wijkverpleegkundige. De cliënt besluit of hiervoor belangstelling.
Omschrijving	Bij iedere patiënt met kanker wordt, verschillende keren in het ziekteproces, een lastmeter afgenomen. Deze meet lichamelijke, psychische en sociale problemen bij mensen met kanker. Na aanleiding van het resultaat van de lastmeter voert de verpleegkundige of wijkverpleegkundige (lastmeter wordt ook na afloop van de behandeling in de thuissituatie afgenomen) een gesprek met de patiënt over de eventuele gesignaleerde problemen. Luisteren blijkt een belangrijke eigenschap in het voeren van deze gesprekken. Daarnaast het herkennen van de persoonlijkheid van de cliënt en wat dit vraagt van de wijkverpleegkundige aan aanpassing in de gesprekken om de "verbinding" te houden tussen de cliënt en de wijkverpleegkundige.

	De cliënt geeft toestemming om een Screening op de behoefte aan psychosociale ondersteuning. Er volgt een gesprek met de verpleegkundige van de afdeling. De cliënt bepaalt of hij een continuïteit huisbezoek wenst ja dan nee. Hiervoor geeft hij schriftelijk toestemming. Met deze toestemming van de cliënt, wordt een overdracht gedaan naar de desbetreffende wijkverpleegkundige, die een afspraak plant met de cliënt.
Uitkomstmaat	Om te voorkomen dat een zwaardere vorm van hulpverlening ingezet gaat worden is de ondersteuning laagdrempelig, bij de cliënt thuis in zijn vertrouwde omgeving.
Onderbouwing	Om inzicht te krijgen hoe de cliënt deze interventie ervaart, is in 2013 een onderzoek afgerond naar de cliënt tevredenheid en het niet inzetten van zwaardere vormen van hulpverlening. Het resultaat is een 7,3 als score. Vooral de vrouwen zijn tevreden en hebben geen verdere hulp nodig na het afsluiten van de gesprekken. De mannen die gesprekken met de wijkverpleegkundige gehad hebben zijn ontevreden en meerdere mannen hebben zwaardere hulpverlening nodig gehad. In 2013 zijn we gestart met een verbetertraject, om na te gaan wat de wijkverpleegkundige die de huisbezoeken brengen, anders dienen te doen, om verbinding met de mannen te krijgen en meer tevreden te zijn over de gesprekken met de wijkverpleegkundigen en zo zwaardere vormen van hulpverlening niet nodig hebben. Intervisie, gespreksvaardigheden en inzicht in verschillen in persoonlijkheden en wat dit vraagt van de wijkverpleegkundige in het omgaan met deze verschillende persoonlijkheid typen. Het materiaal van de Stichting STEM is hierbij een hulpmiddel. Daarnaast is de ethicus betrokken bij dit verbetertraject. In 2015 willen we opnieuw een meting realiseren, zodat zichtbaar wordt wat de tevredenheid is in het algemeen en in het bijzonder bij de mannelijke cliënten. Betrokkenheid van het IKNL en de scholing die daar aangeboden wordt. Alle wijkverpleegkundige krijgen opnieuw een training van het IKNL voor het doen van de huisbezoeken en het gesprek naar aanleiding van de lastmeter. De scholing is eerder in 2007 gevolgd, maar inhoudelijk sterk veranderd. Dat is de reden dat we opnieuw voor de scholing gekozen hebben om nog beter resultaat te krijgen voor de doelgroep.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Toestemming van de cliënt en de toestemming om met derden te kunnen overleggen
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Gerda Haers, ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen, g.haers@zzv.nl

17. EXIST

EXercise Intervention after Stem cell Transplantation



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	Patiënten met multipel myeloom of lymfoom die recent zijn behandeld met hoge dosis chemotherapie en autologe stamceltransplantatie.
Probleemgebied/klacht	- Fysieke fitheid (cardiorespiratoire fitheid en spierkracht) - Vermoeidheid
Zorgverleners	Fysiotherapeut
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, de interventie wordt op dit moment nog op (kosten-)effectiviteit onderzocht.
Verzekerde zorg?	Geen verzekerde zorg, de interventie wordt uit studiebudget betaald.
Opgenomen in een richtlijn?	Bewegen en trainingsprogramma's zijn opgenomen in de richtlijn Oncologische Revalidatie (2011). Deze specifieke interventie is (nog) niet als dusdanig in de richtlijn opgenomen.
Ontwikkelaar/aanbieder	De interventie is ontwikkeld bij de afdeling Sportgeneeskunde van het Máxima Medisch centrum te Veldhoven.

INTERVENTIE

Doel	Een hoogintensief geïndividualiseerd trainingsprogramma voor patiënten met multipel myeloom of lymfoom, die recentelijk zijn behandeld met hoge dosis chemotherapie en autologe stamceltransplantatie ten behoeve van het verbeteren van de fysieke fitheid en het verminderen van vermoeidheid. Onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van deze training op conditie en vermoeidheid bij patiënten met Multipel Myeloom of (Non)-Hodgkin-Lymfoom die behandeld zijn met hoge dosis chemotherapie en autologe stamceltransplantatie wordt momenteel uitgevoerd binnen de EXercise Intervention after Stem cell Transplantation (EXIST) studie. Een multicentrum, prospectief, enkelvoudig blind gerandomiseerd onderzoek en één van de klinische studies van het 'Alpe d'HuZes Cancer Rehabilitation' (A-CaRe)-onderzoeksprogramma.
Omschrijving	Het trainingsprogramma bestaat uit fysieke training en counseling en duurt 18 weken. De fysieke training bevat hoofdzakelijk kracht- en intervaltraining. In de eerste 12 weken wordt 2 keer per week 1 uur getraind, in de laatste 6 weken 1 keer per week.

	Het counselingprogramma bestaat uit 6 gesprekken van 5 tot 15 minuten waarin de patiënt wordt gestimuleerd om een actieve leefstijl te verkrijgen en/of te behouden. De trainingen en counselinggesprekken vinden plaats in een lokale fysiotherapiepraktijk onder begeleiding van een fysiotherapeut en volgens een gedetailleerd protocol.
Uitkomstmaat	Verhoogde fysieke fitheid en vermindering van vermoeidheidsklachten bij patiënten met multipel myeloom of lymfoom na autologe stamceltransplantatie.
Onderbouwing	Beweeg- en trainingsprogramma lijken gunstige effecten te hebben bij patiënten die een stamceltransplantatie (hebben) ondergaan. Er is echter meer onderzoek van goede kwaliteit nodig om dit effect te bevestigen en het optimale programma vast te kunnen stellen¹. De interventie die binnen de EXIST studie op effectiviteit wordt onderzocht bij patiënten die een stamceltransplantatie hebben ondergaan, is ontworpen bij de afdeling Sportgeneeskunde van het Máxima Medisch centrum te Veldhoven en eerder onderzocht in de studie van De Backer et al. 2007². ¹Persoon S, Kersten MJ, van der Weiden K, Buffart LM, Nollet F, Brug J, et al. Effects of exercise in patients treated with stem cell transplantation for a hematologic malignancy: a systematic review and meta-analysis. <i>Cancer treatment reviews</i>. 2013;39(6):682-90. ²De Backer I, Van Breda E, Vreugdenhil A, Nijziel MR, Kester AD, Schep G. High-intensity strength training improves quality of life in cancer survivors. <i>Acta Oncol</i> 2007;46:1143-51.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Gediagnosticeerd met multipel myeloom of (non-)Hodgkin lymfoom en niet langer dan 12 weken tevoren behandeld met een autologe stamceltransplantatie of recentelijk (<8 maanden) behandeld met een autologe stamceltransplantatie en niet langer dan 2 tot 6 weken geleden de aanvullende radiotherapie of consolidatie chemotherapie voltooid. - Voldoende hersteld van de stamceltransplantatie (hemoglobuline > 6,5 mmol/L, leukocyten > 3,0x10⁹/L, trombocyten > 80x10⁹/L) - In staat om te fietsen bij een belasting van 25 Watt en om minimaal 100 meter zonder hulpmiddelen te lopen
Exclusie	- Behandeling d.m.v. zowel een autologe als een allogene SCT - Osteolytische laesies met kans op botbreuken of ander ernstige aandoeningen van het bewegingsapparaat. - Ernstige infecties of ernstige comorbiditeit (cardiovasculair, pulmonair of psychiatrisch). - Terugkeer of progressie van de ziekte - Slechte beheersing van het Nederlands

CONTACT

Website	www.a-care.org
Contactpersoon	S. Persoon, Academisch Medisch Centrum, s.persoon@amc.uva.nl

18. Onco-Move

Bewegen tijdens chemotherapie

“Het dagboekje maakte dat ik me extra bewust was van wat alles lichamelijk met me deed. Het maakte dat ik toch maar weer een rondje ging lopen.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Fysieke fitheid (cardiorespiratoire fitheid en spierkracht) - Vermoeidheid - Kwaliteit van leven
Zorgverleners	Verpleegkundige
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Diagnose en behandelfase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, aanbod uitsluitend in onderzoeksverband.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Richtlijn Oncologische Revalidatie (2011)
Ontwikkelaar/aanbieder	De werkgroep fysiotherapie van het Integraal Kankercentrum Amsterdam (IKA) ontwikkelde de interventie. In het Antoni van Leeuwenhoek loopt momenteel een grote gerandomiseerde multicenter trial (PACES) om de effectiviteit van dit programma vast te stellen.

INTERVENTIE

Doel	Behoud van fysieke fitheid en beperking van vermoeidheid tijdens de periode van chemotherapie. Vergemakkelijken van het hervatten van normale activiteiten na de medische behandeling.
Omschrijving	Onco-Move is een relatief laag intensief bewegingsprogramma dat thuis kan worden uitgevoerd. Het programma is gebaseerd op het 'Every Step Counts'-programma van Mock. Verpleegkundigen moedigen de deelnemers aan om een actieve leefstijl te ontwikkelen of te behouden. Dit betekent dagelijks een halfuur in een stevig tempo wandelen, fietsen, fitnessen of zwemmen (Borg-niveau 12-14). Hiermee wordt aangesloten bij de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Uitgangspunt is zelfmanagement, waarbij de patiënt het bewegingsprogramma uitvoert in de thuissituatie.

	Rond de eerste chemotherapiekuur krijgt de deelnemer zowel mondeling als schriftelijk informatie het belang van bewegen tijdens de behandeling. Samen maken de deelnemer en de verpleegkundige een plan om actief te worden of blijven tijdens de chemotherapie periode. Ter ondersteuning krijgt de deelnemer een informatieboekje en een beweegdagboekje om de dagelijkse activiteiten bij te houden. Elke kuur wordt besproken hoe het bewegen gaat. Daar waar nodig wordt het programma bijgestuurd. Het Onco-Move programma loopt gedurende de hele chemotherapie tot 3 weken na de laatste chemotherapiekuur.
Uitkomstmaat	- Het behouden of verbeteren van fysieke fitheid en kwaliteit van leven. - Het verminderen van vermoeidheid.
Onderbouwing	Trainingsprogramma's lijken effectief om vermoeidheidsklachten te verminderen en de fysieke fitheid en kwaliteit van leven van patiënten met kanker te verbeteren^{1,2}. Methodologisch hoogwaardig onderzoek is nodig om de effectiviteit van fysieke training te bevestigen³⁻⁵. In de PACES studie, een prospectief multicenter gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek, wordt momenteel de (kosten) effectiviteit van training tijdens chemotherapie op fysieke fitheid en vermoeidheid vastgesteld. ¹De Backer I, Van Breda E, Vreugdenhil A, Nijziel MR, Kester AD, Schep G. High-intensity strength training improves quality of life in cancer survivors. <i>Acta Oncol</i> 2007;46:1143-51. ²May AM, Van Weert E, Korstjens I, Hoekstra-Weebers JE, Van der Schans CP, Zonderland ML, et al. Improved physical fitness of cancer survivors: a randomised controlled trial comparing physical training with physical and cognitive-behavioural training. <i>Acta Oncol</i> 2008; 47:825-34. ³Knols R, Aaronson NK, Uebelhart D, Fransen J, Aufdemkampe G. Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled clinical trials. <i>J Clin Oncol</i> 2005;23:3830-42. ⁴Galvao DA, Newton RU. Review of exercise intervention studies in cancer patients. <i>J Clin Oncol</i> 2005;23:899-909. ⁵Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2008;CD006145.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Patiënten die adjuvante chemotherapie zullen ondergaan - Patiënten moeten veilig aan een bewegingsprogramma kunnen deelnemen.
Exclusie	- Patiënten mogen geen ernstige orthopedische, cardiovasculaire, cardiopulmonale, psychiatrische of cognitieve problemen hebben - Ondervoede patiënten ('body mass index' <18 kg/m²) of zij die ongewild meer dan 5% per maand of 10% in de laatste 6 maanden zijn afgevallen

CONTACT

Website	- http://www.iknlzuid.nl/page.php?news_id=4494&start=31&id=3194&nav_id=300 - www.A-CaRe.org
Contactpersoon	Hanna van Waart, Antoni van Leeuwenhoek, h.v.waart@nki.nl

19. Internet-based begeleide cognitieve gedragstherapie bij menopauze na behandeling

“Mijn nachtrust is veel beter, waardoor ik meer rust en dus fitter ben.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Vrouwen
Vorm(en) van kanker	Borstkanker
Probleemgebied/klacht	- Opvliegers - Slaapproblemen - Nachtzweeten - Seksuele problemen
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Maatschappelijk werker
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Online
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Na de behandelfase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, op dit moment zijn we de interventie aan het piloten
Verzekerde zorg?	Het valt onder de DBC borstkanker
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Deze interventie wordt aangeboden door het Antoni van Leeuwenhoek in samenwerking met Minddistrict.

INTERVENTIE

Doel	Het verminderen van overgangsklachten bij borstkankerpatiënten met behandelingsgeïnduceerde menopauze middels een internet-based begeleide cognitieve gedragstherapie interventie (CGT).
Omschrijving	De internet-based CGT is gebaseerd op het werk van Hunter & Liao en Hunter. De internet-based CGT met ontspanningsoefeningen bestaat uit 6 wekelijkse sessies plus huiswerkopdrachten. De CGT bestaat uit de volgende elementen (1) informatie en advies over symptomen; (2) in de gaten houden van en aanpassingen aanbrengen in uitlokkers van menopauzale klachten; (3) ontspanning en stressreductie; (4) cognitief herstructureren van nutteloze gedachten; en (5) aanmoedigen van nuttige gedragsstrategieën. De primaire focus van de CGT is gericht op opvliegers en nachtzweeten, maar ook andere symptomen (zoals vaginale droogte), seksualiteit, lichaams- en zelfbeeld, stemmingsstoornissen en gewichtstoename komen aanbod. Deelnemers aan het internet-based programma zullen voor aanvang van het programma een telefonische intake krijgen met de maatschappelijk werker die hen tijdens het programma zal begeleiden.

	De patiënten kunnen online de huiswerkopdrachten maken en hun opvliegerdagboek bijhouden. Tijdens het programma zal de maatschappelijk werker via de email feedback op het gemaakte huiswerk en het ingevulde dagboek geven. Indien er tussentijds vragen of problemen zijn, kunnen de deelnemers per email contact opnemen met hun begeleider. In het internet-based programma wordt de informatie op een visueel aantrekkelijke en begrijpelijke manier aan de deelnemers gepresenteerd, waardoor ze de informatie goed tot zich kunnen nemen. Verder lichten deskundigen de informatie in online filmpjes toe en zijn er filmpjes te zien van twee vrouwen die zich in dezelfde situatie bevinden als de deelnemers. Tijdens iedere sessie kan tevens het relaas gelezen worden van twee andere vrouwen die net zoals zij het programma volgen en huiswerkopdrachten maken.
Uitkomstmaat	Het aantal en de ernst van opvliegers en nachtelijk zweten verminderen.
Onderbouwing	De effectiviteit van deze behandeling is aangetoond in de vorm van face to face groepstherapieën en in de vorm van een zelfhulpboek. - Duijts SFA et.al. Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: Results of a randomized controlled multicenter trial. J Clin Oncol 2012; 30(33):4124-4133. - Ayers B et al. Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial. Menopause 2012; 19(7):749-759. - Mann E Et al. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. Lancet Oncol 2012; 13(3):309-318. We zijn bezig met een pilotstudie en een subsidieaanvraag om de effectiviteit aan te tonen van de internetversie van de interventie. We zijn van plan de interventie voor andere patiëntgroepen dan borstkankerpatiënten geschikt te maken.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Vrouwen moeten last hebben van opvliegers en/of nachtzweeten om voor behandeling in aanmerking te komen.
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Marieke van Leeuwen, Antoni van Leeuwenhoek, m.v.leeuwen@nki.nl

20. OnTrack

Onder begeleiding trainen tijdens adjuvante chemotherapie voor conditie en kracht

“Het was best een verplichting 2x in de week, maar ondanks de heftige chemo was het fijn om te doen. Mijn benen voelden door de chemo heel zwaar, de training was dan juist prettig, dan zakte dat zware gevoel een beetje weg”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Fysieke fitheid (cardiorespiratoire fitheid en spierkracht) - Vermoeidheid - Kwaliteit van leven
Zorgverleners	Fysiotherapeut
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid
Fase in ziekte proces	Diagnose en behandelfase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten. Fysiotherapeuten binnen het OncoNet netwerk (onconet.nu) zijn geschoold voor deze interventie en bieden deze interventie inmiddels ook buiten studieverband aan.
Verzekerde zorg?	- Ja, via basispakket: vanaf 21e behandeling indien chronische indicatie is aangevraagd. Status na opname ziekenhuis staat nu op de lijst Borst. - Bij alle verzekeraars: afhankelijk van het pakket is fysiotherapie opgenomen. - In sommige ziekenhuizen valt deze behandeling onder de DBC/DOT voor kanker, het programma moet dan wel in het ziekenhuis gevolgd worden.
Opgenomen in een richtlijn?	Richtlijn Oncologische Revalidatie (2011)
Ontwikkelaar/aanbieder	Fysiotherapeuten uit het VU medisch centrum, Antoni van Leeuwenhoek en eerstelijns praktijk Motion fysiotherapie uit Uithoorn hebben OnTrack ontwikkeld.

INTERVENTIE

Doel	Het doel van dit bewegingsprogramma is behoud van spierkracht en cardiorespiratoire fitheid (conditie) en beperking van vermoeidheid tijdens de periode van chemotherapie. Dit zodat hervatten van normale activiteiten van het dagelijks leven na afloop van de medische behandeling vergemakkelijkt wordt.
Omschrijving	OnTrack is een relatief intensief, gestructureerd, geïndividualiseerd bewegingsprogramma, waarin de patiënten worden begeleid door een fysiotherapeut. Twee keer per week trainen de patiënten hun spierkracht en cardiorespiratoire fitheid. Het OnTrack programma loopt gedurende de hele chemotherapie tot 3 weken na de laatste chemotherapie kuur.

	De training begint met een korte warming-up van 5 minuten. Daarna worden er spierkracht oefeningen uitgevoerd, 20 minuten per sessie. Afhankelijk van de wensen van de deelnemer kunnen specifieke oefeningen worden gekozen. De grote spiergroepen zullen in ieder geval getraind worden. In het begin zullen 2 series van 12 herhalingen op 70%1RM worden uitgevoerd, dit wordt langzaam ophoogt naar 2 series van 8 herhalingen op 80%1RM. De aerobe training duurt 30 minuten per sessie, op een borgniveau van 13-15 (ongeveer 60% tot 80% HFmax). Deze aerobe training kan opgedeeld worden in blokken van minimaal 10 minuten, eventueel op verschillende fitness apparaten. Daarnaast krijgen deelnemers een beweegdagboekje om de dagelijkse activiteiten bij te houden. Deelnemers aan dit programma worden aangemoedigd om 30 minuten per dag te bewegen op borg niveau 12-14.
Uitkomstmaat	- Het behouden of verbeteren van fysieke fitheid (cardiorespiratoire fitheid en spierkracht) en kwaliteit van leven. - Het verminderen van vermoeidheid.
Onderbouwing	Trainingsprogramma's lijken effectief om vermoeidheidsklachten te verminderen en de fysieke fitheid en kwaliteit van leven van patiënten met kanker te verbeteren^{1,2}. Methodologisch hoogwaardig onderzoek is nodig om de effectiviteit van fysieke training te bevestigen³⁻⁵. In de PACES studie, een prospectief multicenter gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek, wordt momenteel de (kosten) effectiviteit van training tijdens chemotherapie op fysieke fitheid en vermoeidheid vastgesteld. ¹De Backer I, Van Breda E, Vreugdenhil A, Nijziel MR, Kester AD, Schep G. High-intensity strength training improves quality of life in cancer survivors. <i>Acta Oncol</i> 2007;46:1143-51. ²May AM, Van Weert E, Korstjens I, Hoekstra-Weebers JE, Van der Schans CP, Zonderland ML, et al. Improved physical fitness of cancer survivors: a randomised controlled trial comparing physical training with physical and cognitive-behavioural training. <i>Acta Oncol</i> 2008; 47:825-34. ³Knols R, Aaronson NK, Uebelhart D, Fransen J, Aufdemkampe G. Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled clinical trials. <i>J Clin Oncol</i> 2005;23:3830-42. ⁴Galvao DA, Newton RU. Review of exercise intervention studies in cancer patients. <i>J Clin Oncol</i> 2005;23:899-909. ⁵Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2008;CD006145.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Patiënten die adjuvante chemotherapie zullen ondergaan. - Patiënten moeten veilig aan een bewegingsprogramma kunnen deelnemen.
Exclusie	- Patiënten mogen geen ernstige orthopedische, cardiovasculaire, cardiopulmonale, psychiatrische of cognitieve problemen hebben. - Ondervoede patiënten ('body mass index' <18 kg/m²) of zij die ongewild meer dan 5% per maand of 10% in de laatste 6 maanden zijn afgevallen.

CONTACT

Website	- OncoNet.nu - www.A-CaRe.org
Contactpersoon	Hanna van Waart, Antoni van Leeuwenhoek, h.v.waart@nki.nl

21. AAF

Ambulante activiteitenfeedback gericht op verminderen vermoeidheid



“De bewegingsmeter is een maatje voor me aan het worden.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Chronische vermoeidheid na kanker
Zorgverleners	Fysiotherapeut
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Online
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, in afwachting van de resultaten van de RCT is deze interventie nog niet geïmplementeerd in de klinische praktijk.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Deze interventie is ontwikkeld door Roessingh Research and Development te Enschede en Paramedisch Instituut Rembrandt te Veenendaal.

INTERVENTIE

Doel	Ambulante activiteitenfeedback is een e-therapie die als doel heeft het verminderen van de vermoeidheid.
Omschrijving	Deze e-therapie maakt gebruik van een systeem dat uw activiteiten meet en waarmee u beter inzicht kunt krijgen in uw activiteitenpatroon. Dit systeem bestaat uit een beweegsensor en een smartphone-app. De feedback op de bewegingsmonitor wordt op basis van een voormeting aangepast op uw persoonlijke situatie. Stapsgewijs werkt u in 9 weken onder e-mailbegeleiding van de fysiotherapeut en ondersteund door de bewegingsmonitor naar een einddoel toe dat u zelf met de therapeut bij de start van de e-therapie opstelt. Eén van de potentiële oorzaken van vermoeidheid na kanker is een verstoord activiteitenpatroon. Door het leren doseren van uw energie, en aanpassen van beweeg- en rustgedrag, kan uw vermoeidheid afnemen. Dit kan zowel betekenen dat u wordt geadviseerd tijdelijk een stapje terug te doen of uw energie beter over de dag te verdelen, maar ook dat u wordt geadviseerd en begeleid om de vicieuze cirkel van inactiviteiten doorbreken. Door gebruik te maken van de beweegmonitor, kunt u inzicht krijgen in uw activiteitenpatroon en daardoor leren bewustere keuzes te maken om uw einddoel te bereiken.

Uitkomstmaat	Deze interventie beoogt vermoeidheid na kanker te verminderen.
Onderbouwing	Voor deze doelgroep is nog géén wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar. De interventie wordt momenteel binnen een RCT (Fitter na kanker) onderzocht op effectiviteit en werkingsmechanismen.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	- Het hebben van psychiatrische klachten of een zware depressie - Afhankelijk zijn van een rolstoel voor dagelijkse activiteiten

CONTACT

Website	www.fitternakanker.nl
Contactpersoon	Marije Wolvers, Roessingh Research and Development, m.wolvers@rrd.nl

22. Telerevalidatie

Begeleide online interventie ter ondersteuning van het zelfstandig oefenen



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	- Vermoeidheid - Mentaal en fysiek functioneren	
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Fysiotherapeut - Sportinstructeur	- Maatschappelijk werker - Ergotherapeut
Vorm van interventie	- Online - Begeleid In combinatie met face-to-face, groeps- of individuele behandeling in het kader van multidisciplinaire revalidatieprogramma.	
Fase in ziekte proces	- Na de behandeling - Palliatieve fase	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Binnen eigen instituut	
Verzekerde zorg?	-	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Roessingh Research/Roessingh revalidatie	

INTERVENTIE

Doel	De begeleide online interventie heeft als doel het zelf oefenen tijdens een multidisciplinaire revalidatie na kanker, te ondersteunen.
Omschrijving	Roessingh Research & Development heeft in samenwerking met instellingen in de regio, waaronder Roessingh Revalidatiecentrum het telemedicine programma ontwikkeld voor verschillende doelgroepen. Voor oncologische patiënten is het programma ontwikkeld als aanvulling op een multidisciplinaire oncologische revalidatiebehandeling die bestaat uit fysieke en psychosociale onderdelen. Het programma Telerevalidatie bij oncologie bestaat uit drie modules voor patiënten die afzonderlijk of in combinatie kunnen worden gebruikt: 1. Een mentaal en fysiek oefenprogramma. Het oefenprogramma bevat mentale en fysieke oefeningen. De mentale oefeningen zijn gebaseerd op Acceptance & Commitment Therapy (ACT).

	De principes van ACT worden uitgelegd in films en illustraties, de deelnemer kan zelf oefeningen invullen en deze desgewenst bespreken in de face-to-face sessies. Het fysieke oefenprogramma bevat films en aanwijzingen van oefeningen waaruit een individueel trainingsprogramma kan worden opgesteld. 2. Een module waarin het activiteitsniveau aan de hand van een ambulante activiteitenmeter wordt geregistreerd en kan worden bijgesteld, 3. Een module waarin het activiteitsniveau stapsgewijs kan worden opgebouwd en de opbouw kan worden geregistreerd. Daarnaast bevat het programma een onderdeel voor behandelaars waarin zij de deelnemer kunnen monitoren en feedback geven.
Uitkomstmaat	De deelnemer neemt zelf de regie in de behandeling. Het mentale en fysieke functioneren verbetert. Vermoeidheid neemt af.
Onderbouwing	In een gecontroleerde pilotstudie zijn de effecten van het face-to-face groepsprogramma met Telerevalidatie bij oncologie (N=33) vergeleken met het face-to-face programma zonder het online programma (N=16). Er werden geen verschillen gevonden in fysiek functioneren. Aan het einde van de behandeling was er ook geen verschil in vermoeidheid. Bij de 3 maanden follow-up meting waren de vermoeidheid en cognitieve problemen lager in de groep die het online programma heeft gehad. (publicatie in voorbereiding).

CRITERIA VOOR DEELNAME

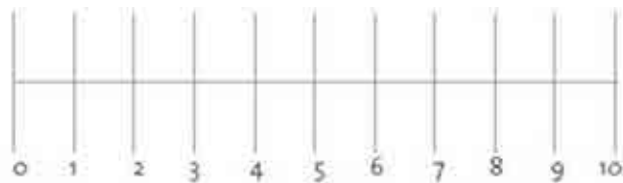
Inclusie	Client moet toegang hebben tot internet
Exclusie	-

CONTACT

Website	http://www.rrd.nl/projects/cluster_telemedicine/telerevalidatie_nl
Contactpersoon	Prof. dr. K. Schreurs, Roessingh Research & Development, Roessingh Revalidatiecentrum, Enschede, k.schreurs@roessingh.nl

23. PIJNSEIN

Betere pijncontrole bij kanker



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	Pijn	
Zorgverleners	- Verpleegkundigen - Oncoloog	
Vorm van interventie	Individueel	
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandel fase - Palliatieve fase	- Na de behandeling - Terminale fase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Radboud Universitair Medisch Centrum	

INTERVENTIE

Doel	Betere pijncontrole bij patiënten met kanker.
Omschrijving	Met behulp van interactive voice responding kunnen patiënten van huis uit hun pijnscore doorgeven aan de verpleegkundige en deze kan zo nodig adequaat reageren. Momenteel wordt de effectiviteit van de interventie onderzocht. In de vier deelnemende interventieziekenhuizen zijn oncologen en verpleegkundigen getraind in het toepassen van de richtlijn pijn bij kanker. Patiënten met pijn bij kanker worden daar uitgenodigd deel te nemen. Zij krijgen wekelijks een sms met de vraag om per sms hun pijnscore door te geven. Bij pijnscore hoger dan 4 belt de verpleegkundige hen op en verandert zo nodig het beleid.
Uitkomstmaat	Betere pijncontrole bij patiënten met kanker.
Onderbouwing	Publicatie pilot studie in concept klaar. Dergelijke interventies wel beschreven bij andere aandoeningen, nog niet bij pijn bij kanker.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

-

Exclusie

Geen pijn hebben

CONTACT

Website

-

Contactpersoon

Yvonne Engels, Radboud UMC, yvonne.engels@radboudumc.nl

24. Cognitieve gedragstherapie voor vermoeidheid na behandeling van kanker

“Opeens zijn er weer mogelijkheden. Het voelt als je leven terugkrijgen. Eindelijk hoef ik niet meer alles te doen met het idee: “als het nu maar niet teveel is”, maar denk ik: ik ben er klaar voor. Ik kan dit.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Vermoeidheid
Zorgverleners	Psycholoog/psychotherapeut
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.
Verzekerde zorg?	Via basispakket
Opgenomen in een richtlijn?	- Detecteren behoefte psychosociale zorg - Oncologische revalidatie - Blauwdruk Kanker en Werk - NCCN guideline Fatigue
Ontwikkelaar/aanbieder	Radboud Universitair Medisch Centrum / NKC

INTERVENTIE

Doel	Cognitieve Gedragstherapie (CGT) voor vermoeidheid na kanker is een behandeling die speciaal ontworpen is voor ernstige vermoeidheid bij patiënten na behandeling van kanker. Met deze behandeling kan de patiënt herstellen van zijn vermoeidheidsklachten.
Omschrijving	Ongeveer 20 tot 40% van de patiënten die curatief behandeld zijn voor een vorm van kanker, kampt met blijvende ernstige vermoeidheid. De vermoeidheid heeft grote gevolgen voor het dagelijks leven. De arts kan vaak geen oplossing bieden voor deze vermoeidheidsklachten, juist omdat er geen somatische aanknopingspunten meer zijn. Om deze klachten beter te begrijpen, is het nuttig onderscheid te maken tussen uitlokkende en instandhoudende factoren. De kanker of de behandeling ervoor wordt gewoonlijk gezien als de uitlokkende factor. Enige tijd na de behandeling van kanker blijkt het verband met de voorgaande behandeling in het algemeen niet meer aanwezig te zijn. Andere factoren, veelal gedragsfactoren, zorgen ervoor dat de klachten blijven voortbestaan.

	Speciaal voor vermoeidheid na kanker is er een behandeling ontwikkeld, cognitieve gedragstherapie (CGT). CGT voor vermoeidheid na kanker is gericht op verandering van de factoren die de vermoeidheid in stand houden. Deze zes factoren zijn opgenomen in zes modules en betreffen: verwerking, angst voor het terugkeren van de ziekte, opvattingen rondom vermoeidheid, het slaap waak ritme, activiteitenpatroon en sociale steun en verwachtingen van de omgeving. Door de grote individuele verschillen tussen vermoeide ziektevrije kankerpatiënten, is de CGT sterk geïndividualiseerd. Eerst wordt gekeken welke factoren een rol spelen bij een patiënt en welke modules dus aan de orde moeten komen. Om dit te kunnen bepalen worden, naast het gesprek met de patiënt, meetinstrumenten gebruikt. Zo wordt voor elke patiënt een individueel behandelplan gemaakt dat bestaat uit een of meer modules die voor de betreffende patiënt relevant zijn.
Uitkomstmaat	Herstel van ernstige vermoeidheidsklachten
Onderbouwing	CGT voor vermoeidheid na kanker is een effectieve behandeling. Ongeveer driekwart van de patiënten die de behandeling hebben gevolgd, heeft na de behandeling geen ernstige vermoeidheid meer. Ook de beperkingen zijn meer afgenomen dan in de wachtlijst controlegroep. Follow-up onderzoek laat zien dat de resultaten na de behandeling gehandhaafd blijven. - <i>Gielissen MFM et al. The effects of cognitive behaviour therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared to patients waiting for cognitive behaviour therapy. A randomised control trial. Journal of Clinical Oncology 2006; 24(30): 4882-4887</i> - <i>Gielissen MFM et al. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long term follow-up. British Journal of Cancer 2007; 97: 612-618</i> - <i>Goedendorp MM et al. The effects of cognitive behaviour therapy for postcancer fatigue on neuropsychological functioning</i> - <i>Gielissen MFM et al. Examining the role of physical activity in reducing postcancer fatigue.</i> - <i>Bleijenberg G, et al. Chronische Vermoeidheid hoofdstuk 12 (Chronic Fatigue, chapter 12). In: Kaptein AA e.a. (red). Psychologie en Geneeskunde – Behavioural Medicine. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2012,</i> - <i>Bleijenberg G, et al. Vermoeidheid tijdens en na behandeling van kanker. In: Haes JCJM et al (red). Psychologische patiëntenzorg in de oncologie (2e edition). Assen, van Gorcum, 2009, 321 – 336</i> - <i>Bleijenberg G et al. Chronische Vermoeidheid (Chronic Fatigue). In: Kaptein AA e.a. (red). Psychologie en Geneeskunde – behavioural medicine. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, 275-302</i>

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Minimaal drie maanden na het einde van de behandeling zijn.
Exclusie	- Lichamelijke verklaring voor de vermoeidheidsklachten - Gelijktijdige psychologische behandeling voor vermoeidheidsklachten - Psychiatrische stoornis

CONTACT

Website	- Voor de patiënt http://www.umcn.nl/Zorg/Afdelingen/nkcv/Pages/Vermoeidheidnakanker.aspx - Voor onderzoekers http://www.umcn.nl/Research/Departments/ECCF/Pages/default.aspx
Contactpersoon	Dr. Hans Knoop, Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid (NKCV), Radboud UMC, Hans.Knoop@radboudumc.nl

25. Op weg naar herstel

Internetinterventie bij vermoeidheidsklachten



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen t/m 65 jaar - Vrouwen
Vorm(en) van kanker	Borstkanker
Probleemgebied/klacht	Vermoeidheid
Zorgverleners	Psycholoog/psychotherapeut
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Online (inclusief 3 face-to-face contacten)
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, de resultaten van het onderzoek moeten eerst bekend zijn.
Verzekerde zorg?	Nee, wordt voor deelnemers vergoed vanuit de subsidie van Pink Ribbon
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Radboud Universitair Medisch Centrum / NKCv

INTERVENTIE

Doel	De internetinterventie is ontwikkeld voor vrouwen die na behandeling van borstkanker last hebben van ernstige vermoeidheidsklachten. Het doel van de internetbehandeling is herstel van de vermoeidheidsklachten.
Omschrijving	20 tot 40% van de patiënten blijft na de behandeling van borstkanker last houden van ernstige vermoeidheid. Patiënten ondervinden veel hinder van deze klacht en worden hierdoor belemmerd in het oppakken van hun dagelijks leven. Het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid (NKCv) van het Radboudumc heeft een behandeling ontwikkeld voor vermoeidheid na kanker: cognitieve gedragstherapie. In deze therapie wordt de vermoeidheid op een praktische wijze aangepakt. Het doel hiervan is herstel van de ernstige vermoeidheid. Helaas is de behandelcapaciteit beperkt. Om meer patiënten te kunnen bereiken en behandelen voor vermoeidheid na borstkanker, heeft het NKCv een internetversie van de cognitieve gedragstherapie ontwikkeld. De effectiviteit van deze internetinterventie "Op weg naar herstel" wordt momenteel onderzocht in de CHANGE-studie.

	De internetbehandeling is gericht op verandering van factoren die de vermoeidheid in stand houden. Deze factoren zijn opgenomen in zes modules en betreffen: verwerking, angst voor terugkeer van de ziekte, opvattingen rondom vermoeidheid, het slaap-waak ritme, activiteitenpatroon en sociale steun en verwachtingen van de omgeving. Per patiënt wordt een op maat gemaakt behandelplan opgesteld. Tijdens de internetbehandeling is er sprake van minimale ondersteuning door een ervaren gedragstherapeut. De internetbehandeling start met twee gesprekken bij het NKCv. Daarna doorlopen patiënten de internetbehandeling onder begeleiding van hun therapeut via e-mail, een chatfunctie en een videoverbinding. De internetbehandeling duurt maximaal een half jaar en wordt afgesloten met een evaluatiegesprek bij het NKCv.
Uitkomstmaat	Herstel van ernstige vermoeidheidsklachten.
Onderbouwing	De internetbehandeling is een online versie van de reeds effectief bewezen face to face CGT voor vermoeidheid na kanker. De meerderheid van de patiënten die de face to face CGT hebben gevolgd, heeft na de behandeling geen ernstige vermoeidheid meer. Ook de beperkingen zijn meer afgenomen dan in de wachtlijst controlegroep. Follow-up onderzoek laat zien dat de resultaten na de behandeling gehandhaafd blijven. - <i>Gielissen MFM et al. The effects of cognitive behaviour therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared to patients waiting for cognitive behaviour therapy. A randomised control trial. Journal of Clinical Oncology 2006; 24(30): 4882-4887</i> - <i>Gielissen MFM et al.. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long term follow-up. British Journal of Cancer 2007; 97: 612-618</i> - <i>Goedendorp MM et al.. The effects of cognitive behaviour therapy for postcancer fatigue on neuropsychological functioning</i> - <i>Gielissen MFM et al. Examining the role of physical activity in reducing postcancer fatigue.</i> - <i>Bleijenberg G et al. Chronische Vermoeidheid hoofdstuk 12 (Chronic Fatigue, chapter 12). In: Kaptein AA e.a. (red). Psychologie en Geneeskunde – Behavioural Medicine. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2012,</i> - <i>Bleijenberg G et al. Vermoeidheid tijdens en na behandeling van kanker. In: Haes JCJM et al (red). Psychologische patiëntenzorg in de oncologie (2e edition). Assen, van Gorcum, 2009, 321 – 336</i> - <i>Bleijenberg G et al. Chronische Vermoeidheid (Chronic Fatigue). In: Kaptein AA e.a. (red). Psychologie en Geneeskunde – behavioural medicine. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, 275-302</i>

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Vrouwen van 18-65 jaar - Ernstig vermoeid - Ziektevrij - Primaire behandeling borstkanker ≥ 3 maanden afgerond
Exclusie	- Somatische verklaring voor de vermoeidheid - Depressieve stoornis - Huidige behandeling psychiatrische stoornis / vermoeidheid

CONTACT

Website	http://www.umcn.nl/Zorg/Afdelingen/nkcv/Pages/Vermoeidheidnakanker.aspx
Contactpersoon	Harriët Abrahams, Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid (NKCv), Radboudumc, Nijmegen, harriet.abrahams@radboudumc.nl

26. Halszaken

Begeleide zelfhulpinterventie gericht op oefenen tijdens radiotherapie

*“Ik heb plezier in het doen van de oefeningen;
ik ervaar pijn bij het slikken
en deze oefeningen maken me meer ontspannen”*

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Ouderen	
Vorm(en) van kanker	Hoofd-halskanker	
Probleemgebied/klacht	- Spraakklachten, - Slikklachten, - Schouderklachten; als gevolg van bestraling (fibrose)	
Zorgverleners	- Fysiotherapeut - Bestralingsarts	- Logopedist - KNO-arts
Vorm van interventie	- Online - Begeleid	- Face-to-face - Individueel
Fase in ziekte proces	Diagnose en behandelfase	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee, in de richtlijn “mondholte en oropharynxcarcinoom” wordt alleen genoemd, dat patiënten die chemoradiatie als primaire behandeling ondergaan, voorlichting kunnen krijgen over de mogelijke slik- en spraakproblemen na de behandeling.	
Ontwikkelaar/aanbieder	VUmc	

INTERVENTIE

Doel	Deze begeleide zelfhulpinterventie heeft als doel spraak-, slik- en schouderklachten (tijdens en na bestraling) te voorkomen bij hoofd-halskankerpatiënten.
Omschrijving	Binnen de hoofd-halswerkgroep van het VUmc / Cancer Center Amsterdam is een oefenprogramma ontwikkeld: Halszaken (preventie van spraak-, slik- en schouderklachten). Met behulp van dit programma kunnen mensen thuis zelfstandig oefeningen uitvoeren voor, tijdens en na de bestraling om spieren in het hoofd-halsgebied soepel te houden. Het oefenprogramma bestaat uit ontspanningsoefeningen voor hoofd, hals en schouders en stem-, spraak-, slik- en schouderoefeningen met als doel het behouden en bevorderen van de bewegelijkheid van de betrokken spiergroepen, het geven van communicatieadviezen en tips voor het slikken.

	De patiënten krijgen voor de behandeling (radiotherapie) uitleg over het belang en de werkwijze van oefenprogramma. Patiënten krijgen de oefeningen op papier mee (een oefenbrochure van 28 pagina's met DVD), of een inlogcode voor de website en er vindt wekelijks coaching plaats (via e-mail of telefoon). Op de website en in het boekje met DVD vinden patiënten uitleg over hoofd-halskanker, uitleg over het oefenprogramma, filmpjes met uitleg en voorbeelden van de verschillende oefeningen en tips. Voor patiënten die geen toegang hebben tot internet is er een boekje gemaakt met fotovoorbeelden van de oefeningen. De oefeningen worden tijdens de bestralingsperiode zelfstandig thuis uitgevoerd. Patiënten worden geïnstrueerd drie maal per dag te oefenen. Het doorlopen van het volledige oefenprogramma neemt 10-15 minuten in beslag. Bij vragen kunnen patiënten contact opnemen met een logopedist.
Uitkomstmaat	- Objectieve spraak- , slik- en schouderfunctie - Patiëntgerapporteerde spraak- , slik- en schouderklachten - Kwaliteit van leven.
Onderbouwing	Cnossen. Feasibility of a multi-modal guided self-help exercise program to prevent speech, swallowing and shoulder problems among head and neck cancer patients. J Med Internet Res (in press).

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Personen ouder dan 18 jaar - Hoofd-halskanker, stadium I-IV - Geen metastasen - Geïndiceerd voor radiotherapie, (chemo)radiatie.
Exclusie	-

CONTACT

Website	www.halszaken-vumc.nl
Contactpersoon	I. Verdonck-de Leeuw, VU medisch centrum, afdeling KNO/Hoofd-halschirurgie, im.verdonck@vumc.nl

27. REACT

Training na chemotherapie t.b.v. verbeteren fysieke fitheid en verminderen vermoeidheid

“Door de fitnessstraining voelde ik mijn lichaam al snel weer sterker worden. Ik merkte dat mijn conditie vooruit ging en zowel lichamelijk als geestelijk kwam ik weer goed in mijn vel te zitten. Ik raad iedereen aan om hiermee na de chemotherapie te beginnen. Het werkt echt heel erg goed!”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	Patiënten met primaire tumor aan borst, dikke darm, eierstok, baarmoederhals, testis of maligne lymfoom
Probleemgebied/klacht	- Fysieke fitheid (cardiorespiratoire fitheid en spierkracht) - Vermoeidheid
Zorgverleners	Fysiotherapeut
Vorm van interventie	Groepsverband
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.
Verzekerde zorg?	Via aanvullende verzekering, bij alle verzekeraars.
Opgenomen in een richtlijn?	Richtlijn Oncologische Revalidatie (2011)
Ontwikkelaar/aanbieder	De Afdeling Sportgeneeskunde van het Máxima Medisch Centrum te Veldhoven in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het VU medisch centrum te Amsterdam.

INTERVENTIE

Doel	Hoog- en laag-tot-matig intensief trainingsinterventie ten behoeve van het verbeteren van de fysieke fitheid (cardiorespiratoire fitheid en spierkracht) en het verminderen van vermoeidheid. De (kosten)effectiviteit van deze interventie, onderdeel van het A-CARE onderzoeksprogramma, wordt momenteel onderzocht.
Omschrijving	Patiënten krijgen in groepsverband en onder begeleiding van een fysiotherapeut tweemaal per week 1 uur kracht- en intervaltraining aangeboden. De laag tot-matig en hoogintensieve trainingsinterventies zijn uniform qua type oefeningen, duur en frequentie van herhalingen, en verschillen enkel in trainingsintensiteit. De krachttraining bestaat uit 6 oefeningen, gericht op de grote spiergroepen, met een frequentie van 2 sessies van 10 herhalingen. De krachtoefeningen worden door de patiënten van de laag-tot-matig intensieve trainingsinterventie uitgevoerd op 40-55% van de individuele maximale kracht (1 ‘repetition maximum’ (1RM)). De patiënten van de hoogintensieve trainingsinterventie voeren deze oefeningen uit op 70-85% van 1RM.

	Gedurende de eerste 4 weken bestaat de intervaltraining uit tweemaal 8 minuten fietsen met een wisselende weerstand, gebaseerd op het behaalde maximale vermogen als uitkomst van de 'steep ramp test' (MSEC). Tijdens de laag-tot matig intensieve intervaltraining wisselt de weerstand elke 30 seconden tussen 30 en 45% van het maximale vermogen en bij de hoogintensieve intervaltraining wisselt de weerstand tussen 30 en 65%. Vanaf de vijfde trainingsweek wordt 1 intervaltraining van 8 minuten vervangen door een aanvullende duur- (interval) training, bestaande uit driemaal 5 minuten fietsen op een constante weerstand met 1 minuutpauze tussentijds. Deze duur(interval)training wordt aangestuurd op basis van de hartslagreserve (HRR). De patiënten van de laag-tot-matig intensieve trainingsinterventie trainen op 40-50% van de HRR. De patiënten van de hoogintensieve trainingsinterventie trainen op minimaal 80% van de HRR.
Uitkomstmaat	- Het verbeteren van fysieke fitheid - Het verminderen van vermoeidheid
Onderbouwing	Trainingsprogramma's lijken effectief om vermoeidheidsklachten te verminderen en de fysieke fitheid en kwaliteit van leven van kankerpatiënten te verbeteren^{1,2}. Methodologisch hoogwaardig onderzoek is nodig om de effectiviteit van fysieke training te bevestigen³⁻⁵. Middels de REACT-studie, een prospectief multicentrum gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek, wordt momenteel (kosten) effectiviteit van training na chemotherapie op fysieke fitheid en vermoeidheid onderzocht. ¹De Backer I. et al. High-intensity strength training improves quality of life in cancer survivors. <i>Acta Oncol</i> 2007;46:1143-51. ²May A.M. et al. Improved physical fitness of cancer survivors: a randomised controlled trial comparing physical training with physical and cognitive-behavioural training. <i>Acta Oncol</i> 2008; 47:825-34. ³Knols R., et al. Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled clinical trials. <i>J Clin Oncol</i> 2005;23:3830-42. ⁴Galvao DA, Newton RU. Review of exercise intervention studies in cancer patients. <i>J Clin Oncol</i> 2005;23:899-909. ⁵Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2008;CD006145.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Patiënten met primaire tumor aan borst, dikke darm, eierstok, baarmoederhals, testis of maligne lymfoom, - Behandeld met in opzet curatieve (adjuvante) chemotherapie, - ≥18 jaar - In staat tot het uitvoeren van minimaal licht intensieve lichamelijke activiteiten, zoals rustig wandelen
Exclusie	- Patiënten met ernstige comorbiditeit (cardiovasculair, pulmonair, orthopedisch of psychiatrisch)

CONTACT

Website	www.a-care.org
Contactpersoon	C.S. Kampshoff, Vu medisch centrum, c.kampshoff@vumc.nl

28. Verder zonder stembanden

Een begeleid zelfzorgprogramma voor mensen
na een laryngectomie

“Ik zou dit programma vlak voor ontslag uit het ziekenhuis aangeboden willen krijgen”

“Een zeer goed hulpmiddel om door de eerste problemen te komen”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Ouderen	
Vorm(en) van kanker	Strottenhoofdkanker	
Probleemgebied/klacht	- Beweging hoofd-halsgebied na de operatie - Goede voedingstoestand - Tracheostoma en hygiëne stemprothese	
Zorgverleners	- Psycholoog - Verpleegkundige - Diëtist - KNO-arts / hoofd-halschirurg - Maatschappelijk werker - Fysiotherapeut - Logopedist	
Vorm van interventie	- Online - Begeleid - Face-to-face - Individueel	
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Na de behandeling	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, nog in afwachting van onderzoeksresultaten (haalbaarheidsonderzoek en RCT).	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	VU medisch centrum, afdeling hoofd-halschirurgie	

INTERVENTIE

Doel	“Verder zonder stembanden” is een begeleid zelfzorgprogramma via Internet of DVD gericht op spraak-, slik- en schouderfunctie voor mensen na een laryngectomie met als doel het leren omgaan met de impact van de ziekte en de operatie het behouden/oppakken van de regie over het eigen leven (bv. ontspannen beweging hoofd-halsgebied na operatie, op peil houden van goede voedingstoestand en zelfzorg voor tracheostoma en hygiëne stemprothese)
Omschrijving	Probleemgerichte oplossingen, tips, adviezen voor zelfzorg en praktische vaardigheden worden aangereikt om beter om gaan met de veranderde situatie na een operatie waarbij het strottenhoofd is verwijderd.

Uitkomstmaat	- Faciliteren van zelfmanagement van patiënten na een laryngectomie - Leren omgaan met de impact van de ziekte en de operatie - Regie over eigen leven behouden / oppakken
Onderbouwing	Naar aanleiding van behoefteonderzoek onder patiënten na een laryngectomie (focusgroep bijeenkomsten met patiënten en partners (n=9)) en onder een multidisciplinair team van zorgverleners (n=11) zijn de onderwerpen vastgesteld. Uit het behoefteonderzoek kwam naar voren dat het portaal bij voorkeur niet alleen een oefenprogramma zou moeten bevatten, maar ook (zelfzorg-) informatie over aspecten als fitheid, voeding, ruiken, stomazorg, prothesezorg en spreken.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Patiënten na een laryngectomie
Exclusie	-

CONTACT

Website	www.verderzonderstembanden.nl
Contactpersoon	I. Verdonck-de Leeuw, afdeling KNO – hoofd-halschirurgie, VU medisch centrum, im.verdonck@vumc.nl

29. Minder moe bij kanker

“Het was belangrijk voor me om me bewust te worden van de vermoeidheid. Ik reageer nu eerder op signalen van vermoeidheid en laat die toe: ‘Ik mag nu even moe zijn.’”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Vermoeidheid
Zorgverleners	Psycholoog/Psychotherapeut
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Helen Dowling Instituut

INTERVENTIE

Doel	Deze online aandachtgerichte cognitieve therapie leert mensen beter om gaan met vermoeidheid, onzekerheid, heftige gevoelens en pijn.
Omschrijving	De methodiek van aandachtgerichte therapie is ontwikkeld door de Amerikaan Jon Kabat-Zinn. In de behandeling helpen we cliënten bewust te worden van hun patronen en aandacht te richten op het hier en nu. Dagelijks doet de cliënt oefeningen waarbij hij de aandacht leert richten op zijn lichaam, adem of gevoel en kleinere opdrachten die hij in het dagelijks leven kan integreren. Tenslotte, worden in de reader thema's zoals "mildheid", "acceptatie" en "niet-oordelen" uitgediept. De therapie bestaat uit negen weken waarin cliënten door leeswerk, opdrachten en oefeningen anders om leren gaan met hun vermoeidheid. De oefeningen worden als geluidsbestanden aangeboden op website. Dagelijks oefenen (zo'n driekwartier) is belangrijk om de nieuwe inzichten onder de knie te krijgen. De ervaringen met de oefeningen worden in een online dagboek genoteerd waar de therapeut wekelijks op een afgesproken datum dat dagboek bekijkt en reageert op de vorderingen en eventuele vragen van de cliënt.

Uitkomstmaat	Minder Moe beoogt de vermoeidheid van deelnemers én de ervaren beperking door vermoeidheid te verminderen.
Onderbouwing	Aandachtgerichte therapieën ("Mindfulness-based cognitive therapy" of MBCT) zijn eerder effectief gebleken in het verbeteren van psychische en fysiologische symptomen van kankerpatiënten (Ledesma en Kumano, Psychooncology, 2009; Foley et al., J Consult Clin Psychol, 2010) en het verminderen van aanhoudende vermoeidheid na kanker (Van der Lee en Garssen, Psychooncology, 2010). Momenteel zijn er nog geen publicaties beschikbaar over deze specifieke online versie. Daar wordt aan gewerkt binnen het project Fitter na kanker (www.fitternakanker.nl). De studie Fitter na kanker doet momenteel onderzoek naar de effectiviteit en werkingsmechanismen van deze interventie.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	Ernstige psychiatrische problematiek (suïcidaliteit of risico op psychose).

CONTACT

Website	https://www.mindermoebijkanker.nl/
Contactpersoon	Fieke Everts, Helen Dowling Instituut, feverts@hdi.nl

30. Herstel & Balans

Oncologische revalidatie

“Samen met de psycholoog en de revalidatiearts lukte het me alles weer op een rij te krijgen. Ik heb nu meer rust in mijn hoofd en vertrouw mijn lijf weer.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	Meervoudige problematiek ten gevolge van kanker(behandeling)	
Zorgverleners	- Psycholoog/Psychotherapeut - Psychiater - Diëtist - Arbeidsgeneeskundige - Sportarts	- Maatschappelijk werk - Fysiotherapeut - Ergotherapeut - Revalidatiearts
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid	- Groepsverband - Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Palliatieve fase	- Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.	
Verzekerde zorg?	Via basispakket en via aanvullende verzekering	
Opgenomen in een richtlijn?	Richtlijn oncologische revalidatie	
Ontwikkelaar/aanbieder	IKNL	

INTERVENTIE

Doel	Multidisciplinaire revalidatiezorg bij meervoudige problematiek van patiënten tijdens en na curatieve kankerbehandeling en in de palliatieve fase.
Omschrijving	Oncologische revalidatieprogramma's zijn bedoeld voor mensen die verschillende problemen en klachten hebben door de kanker(behandeling). Bijv. lichamelijke en psychosociale klachten. De revalidatie vindt plaats na verwijzing van een arts. Een revalidatieprogramma bij kanker is integrale zorg. Dit betekent dat een multidisciplinaire team van verschillende zorgverleners samen de expertise en zorg bieden, passend bij de specifieke revalidatiebehoeften en klachten van mensen met kanker. Revalideren kan tijdens de kankerbehandeling, na afronding van de kankerbehandeling en in de fase dat geen genezing meer mogelijk is (palliatieve fase). De basis van de revalidatieprogramma's is de module lichaamstraining met informatiemodule.

	Ook zijn er modules als coaching voor energieverdeling, voedingszorg en dieet, arbeidsre-integratie, psychosociale begeleiding, psycho-educatie, psychologische zorg. Per persoon wordt het revalidatieprogramma op maat gemaakt, op basis van een intake waarin een arts de problemen en klachten van de patiënt in kaart brengt. Het revalidatieprogramma Herstel & Balans® bestaat uit de modules lichaamstraining, informatie en psycho-educatie. Het is een groepsprogramma voor na de kankerbehandeling. Het programma bestaat al ongeveer 15 jaar, en heeft goede resultaten opgeleverd. Dit programma wordt nu doorontwikkeld naar het brede aanbod voor revalidatie bij kanker: oncologische revalidatie.
Uitkomstmaat	Verbetering van de kwaliteit van leven en vermindering van de gevolgen van kanker(behandeling).
Onderbouwing	Zie www.herstelenbalans.nl > publicaties

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Contra-indicaties voor revalidatie
Exclusie	-

CONTACT

Website	www.herstelenbalans.nl
Contactpersoon	B. Gijsen, IKNL, b.gijsen@iknl.nl

31. Programma evenwicht

Welbevinden verbeteren tijdens chemotherapie



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Vermoeidheid/ conditieverlies - Psychosociale aspecten; gezin, werk, omgaan met verlies - Goede voeding tijdens chemo
Zorgverleners	- Maatschappelijk werker - Dietist - Fysiotherapeut
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Palliatieve fase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.
Verzekerde zorg?	Dit verschilt per verzekeraar en type verzekering. Soms (gedeeltelijk) vergoed.
Opgenomen in een richtlijn?	In de richtlijn oncologische revalidatie zijn wel revalidatieprogramma's opgenomen na de behandeling. Ook tijdens behandeling, maar alleen op indicatie (patiënten met bestaande problematiek). Programma evenwicht is voor alle patiënten, dus ook preventief.
Ontwikkelaar/aanbieder	Rijnstate ziekenhuis

INTERVENTIE

Doel	Welbevinden verbeteren tijdens chemotherapie
Omschrijving	Tijdens chemotherapie 2x per week sporten onder begeleiding van een fysiotherapeut. Maandelijks groepssessie met diëtist of medisch maatschappelijk werker over veel voorkomende problemen tijdens behandeling met chemotherapie.
Uitkomstmaat	- Vergroten zelfmanagement - Gevoel van welbevinden - Conditie
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

-

Exclusie

-

CONTACT

Website

-

Contactpersoon

Paulien Keizer, Rijnstate ziekenhuis, pkeizer@rijnstate.nl

32. Fysieke training ter verbetering van cognitief functioneren van glijmpatienten



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen	
Vorm(en) van kanker	Primaire hersentumor met een relatief gunstige prognose	
Probleemgebied/klacht	- Cognitieve problemen - Stemmingsproblemen	- Vermoeidheid - Verminderde kwaliteit van leven
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Neuro-oncologen	- Fysiotherapeut - Sportartsen
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid	- Online
Fase in ziekte proces	Na de behandeling	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, wachtend op resultaten uit RCT.	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Tilburg University, Medisch Centrum Haaglanden en Erasmus Medisch Centrum, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis/Nederlands Kanker Instituut	

INTERVENTIE

Doel	Zes maanden intensieve fysieke training voor patiënten met een laaggradig glijm (primaire herentumor) t.b.v. het verbeteren van het cognitief functioneren (zoals geheugen en concentratie-problemen). De effectiviteit van deze interventie wordt momenteel in een RCT onderzocht. Naast het verbeteren van het cognitief functioneren wordt daarnaast gekeken naar het effect op subjectieve cognitieve klachten, vermoeidheid, stemming en kwaliteit van leven.
Omschrijving	Patiënten die in onderzoeksverband deelnemen aan de interventie ondergaan gedurende 6 maanden 3 dagen per week thuis een intensieve fysieke training. De deelnemers kunnen kiezen voor zwemmen, hardlopen of fietsen. Een fysiotherapeut schrijft trainingsschema's en begeleidt patiënten. De patiënten dragen tijdens het sporten een Polar trainings-horloge met hartslagmonitor en GPS om de hoeveelheid en intensiteit beweging te registreren. De trainingsgroep zal vergeleken worden met de controlegroep (20 personen) die alleen geadviseerd wordt regelmatig te wandelen.

Uitkomstmaat	Een positief effect van de interventie op fysieke fitheid (gemeten met een maximale-inspanningstest), cognitief functioneren, gemeten mbv neuropsychologisch test onderzoek, zelf-gerapporteerd cognitief functioneren, vermoeidheid, slaap, stemming en kwaliteit van leven wordt onderzocht.
Onderbouwing	Veel mensen met een laaggradig glioom hebben als gevolg van de tumor en de behandeling daarvan tijdens de jarenlange periode waarin zij weinig neurologische symptomen ervaren, last van cognitieve stoornissen zoals geheugen- en concentratieproblemen. Uit recent onderzoek bij andere patiëntgroepen blijkt dat lichaamsbeweging het geheugen en de concentratie kan verbeteren. Daarnaast hebben studies naar de effecten van fysieke training bij mensen met andere kankersoorten aangetoond dat door lichaamsbeweging vermoeidheid en depressie verminderd kunnen worden en kwaliteit van leven kan verbeteren. Indien het huidige onderzoek, voor zover bij ons bekend het eerste wereldwijd, aantoont dat fysieke training ook bij mensen met een hersentumor tot vermindering van cognitieve problemen leidt, kunnen patiënten met dergelijke problemen in de toekomst expliciet geadviseerd worden te gaan sporten. Zij kunnen dan een trainingsprogramma volgen dat gelijk is aan het geëvalueerde programma, omdat de middelen die gebruikt worden in dit onderzoek algemeen beschikbaar zijn. Literatuur voor de wetenschappelijke onderbouwing voor onderzoek naar deze interventie is op te vragen bij de contactpersoon.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Klinisch stabiel gedurende tenminste 6 maanden - Geen tumorbehandeling ontvangen in de afgelopen 6 maanden - Geen gebruik van Beta blokkers - Milde cognitieve problemen - VO2max laat ruimte voor verbetering zien
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Dr. Karin Gehring, Tilburg University, k.gehring@uvt.nl

33.ReMind

App voor cognitieve revalidatie bij patiënten met een hersentumor



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	-
Vorm(en) van kanker	Glioom (primaire hersentumor)
Probleemgebied/klacht	- Cognitieve problemen (problemen met aandacht, geheugen, planning) - (Mentale) vermoeidheid
Zorgverleners	Neuro-oncoloog
Vorm van interventie	Online via tablet, eventueel met begeleiding door partner/dierbare
Fase in ziekte proces	-
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Landelijke implementatie (i.c.m. onderzoek) is gaande.
Verzekerde zorg?	Nee, mogelijkheden hiervoor worden momenteel onderzocht
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Tilburg University; met financiële steun van Innovatiefonds Zorgverzekeraars en Stichting 't Hoofdgerecht; technische realisatie door Mobiquit inc., app-ontwikkelaar, Amsterdam; Peter Boonstra, filmmaker, Amsterdam.

INTERVENTIE

Doel	Met behulp van deze tablet-app leren patiënten met een primaire hersentumor strategieën om beter om te gaan met de cognitieve problemen die zij in hun dagelijks leven ervaren en trainen zij hun cognitieve vaardigheden. De app is gebaseerd op een cognitieve-revalidatieprogramma dat eerder geëvalueerd is in een gerandomiseerde, gecontroleerde trial.
Omschrijving	Deze app is bedoeld voor patiënten met een hersentumor die last hebben van cognitieve problemen, zoals geheugen en concentratie. In zes modules worden uitleg (psycho-educatie) en strategieën aangeboden met betrekking tot 1) de cognitieve functies, 2) invloeden op de cognitieve functies, 3) compensatie, 4) aandacht, 5) geheugen en 6) planning en controle, conform de inhoud van het eerder geëvalueerde programma. De achtergrondinformatie en strategieën worden in video's, luisterbestanden of leesteksten aangeboden. Met een groot aantal opdrachten wordt geoefend met het toepassen van de aangeboden strategieën in het dagelijks leven. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de app was dat patiënten het gehele programma zelfstandig kunnen doorlopen.

	Er is hierbij mogelijkheid voor het inschakelen van een zogenaamde ‘manteltrainer’, een partner of andere vertrouwenspersoon. Elke module wordt afgesloten met beoordeling van de toepasbaarheid van de aangeboden strategieën in het leven van de deelnemer zelf. De deelnemer kan persoonlijke notities maken op elk moment binnen het programma waarbij bijgehouden wordt op welk punt deze notitie gemaakt werd. Deze notities worden samen met de teksten en de ingevulde opdrachten bewaard als ‘output’ van de training voor de deelnemer in een logboek. Regelmatig terugkerende, complexere begrippen zijn gemarkeerd en bevatten een verwijzing naar een begrippenlijst waarin deze (nogmaals) uitgelegd worden. Het C-Car computerspel voor de training van vier verschillende vormen van aandacht, dat wij als onderdeel van het cognitieve-revalidatieprogramma in 2004 ontwikkelden, wordt geüpdatet en geïntegreerd in de app. De app is tevens beschikbaar voor Engelstalige patiënten.
Uitkomstmaat	De patiënt maakt gebruik van verschillende aangeleerde strategieën om beter om te gaan met cognitieve problemen en beschikt over betere cognitieve vaardigheden waardoor hij beter/prettiger zal functioneren in het dagelijks leven.
Onderbouwing	In 2008 hebben wij een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek (gefinancierd door KWF Kankerbestrijding en Innovatiefonds Zorgverzekeraars) afgerond waarin we een zelf-ontwikkeld cognitieve-revalidatieprogramma hebben geëvalueerd bij 140 glioompatiënten (zie referenties). Het programma bleek op korte termijn positieve effecten te hebben op cognitieve klachten, en op lange termijn op neuropsychologische testprestaties op gebied van aandacht en geheugen, en mentale vermoeidheid. Nadat het onderzoek was afgelopen, was het programma echter niet meer beschikbaar voor patiënten in de klinische praktijk. Het programma is omgezet naar een tablet app waarmee de toegankelijkheid van het programma voor glioompatiënten wordt gerealiseerd, zonder de infrastructuur en kosten van trainers zoals in het oorspronkelijke programma. - Gehring Ket al. <i>Cognitive rehabilitation in patiënts with gliomas: a randomized, controlled trial. Journal of clinical oncology.</i> 2009;27(22):3712-3722. - Gehring K et al. <i>description of a cognitive rehabilitation programme evaluated in brain tumour patiënts with mild to moderate cognitive deficits. Clinical rehabilitation.</i> 2011;25(8):675-692. - Gehring K et al. <i>Predictors of neuropsychological improvement following cognitive rehabilitation in patiënts with gliomas. Journal of the International Neuropsychological Society.</i> 2011;17(2):256-266.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Diagnose glioom (primaire hersentumor)
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Dr. Karin Gehring, Tilburg University; k.gehring@uvt.nl

34. Cogmed werkgeheugentraining

Er zijn mensen die zeer positief zijn en door deze training weer aan het werk zijn gekomen. Anderen kost het moeite. Zonder uitzondering hebben ze baat bij de training in de zin, dat ze beter weten wanneer ze wel of niet gefocused zijn. Maar een deel van de mensen gaat aanzienlijk beter functioneren in de praktijk.

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	-	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	Cognitieve klachten, zoals moeite met aandacht, concentratie, geheugen, op woorden komen	
Zorgverleners	Een gecertificeerde coach, kan iedereen zijn. Als het geen psycholoog is, moet er psycholoog of arts bij betrokken zijn voor indicatie.	
Vorm van interventie	- Online - Begeleid	- Intake live of via beeldbellen
Fase in ziekte proces	Na de behandeling	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Op verzoek. Moeizaam, vanwege gebrek aan vergoeding.	
Verzekerde zorg?	Vorig jaar wel bij VGZ-groep, nu helaas niet meer. Er zijn kosten voor de training, die de coach aan Pearson moet voldoen en kosten voor de coaching. Die valt in 2014 voor deze klachten buiten de BGGZ (eerste lijn).	
Opgenomen in een richtlijn?	Richtlijn oncologische revalidatie	
Ontwikkelaar/aanbieder	Cogmed Zweden, wordt in Nederland aangeboden via Pearson.	

INTERVENTIE

Doel	Verbetering van het werkgeheugen voor mensen die last hebben van cognitieve klachten bv na chemotherapie. Meer zicht op eigen functioneren, beter leren focussen.
Omschrijving	Via internet training die paar weken duurt. Gecertificeerde coach heeft wekelijks contact om voortgang te bespreken. Vaak in het kader van werk(hervatting).
Uitkomstmaat	Verbetering cognitief functioneren, algemeen presteren. Beter leren focussen. Bijkomend vergroten zelfvertrouwen.
Onderbouwing	Er wordt veel research gedaan, echter voor kankerpatiënten is die nog minimaal. Voor kinderen met ADHD en leerproblemen is er heel veel onderzocht.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Goede motivatie is van grootste belang, evenals idee dat men zelf iets aan de klachten kan doen, door te trainen.
Exclusie	-

CONTACT

Website	http://www.cogmed.nl/
Contactpersoon	Thea Brouwer, brouwerbrug@gmail.com

35. KLIK

Kwaliteit van Leven In de Kinderoncologie



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Kinderen - Jongeren/adolescenten - Naasten van kinderen	
Vorm(en) van kanker	Geen specifieke vorm	
Probleemgebied/klacht	- Kwaliteit van leven - Psychosociaal functioneren - Communicatie	
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Verpleegkundige	- Maatschappelijk werker - Kinderoncoloog/nurse practitioner
Vorm van interventie	- Online	
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelphase - Na de behandeling	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Binnen eigen instituut en daarbuiten. Namelijk, binnen het Emma Kinderziekenhuis/ AMC in Amsterdam, het UMC St Radboud in Nijmegen en het VU medisch centrum in Amsterdam.	
Verzekerde zorg?	-	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	AMC /Emma kinderziekenhuis	

INTERVENTIE

Doel	KLIK is een web-based methode waarmee de kwaliteit van leven van (chronisch) zieke kinderen systematisch in kaart kan worden gebracht. Het doel van de interventie is het systematisch monitoren en bespreken van Kwaliteit van Leven in de kinderoncologische praktijk.
Omschrijving	KLIK is een web-based methode waarmee de kwaliteit van leven van (chronisch) zieke kinderen systematisch in kaart wordt gebracht. KLIK is als vast onderdeel van de zorg geïmplementeerd binnen het Emma Kinderziekenhuis/AMC in Amsterdam, het UMC St Radboud in Nijmegen en het VU medisch centrum in Amsterdam. Alle kinderen met kanker uit deze centra in de leeftijd van 0 tot 18 jaar kunnen meedoen. Naast een algemene vragenlijst over kwaliteit van leven, is er ook een kanker specifieke vragenlijst toegevoegd.

	Deze vragenlijst brengt verschillende aspecten van de ziekte in kaart, bijvoorbeeld bijwerkingen als misselijkheid en pijn of angst voor ingrepen. Een kind, jongere, ouder, of verzorger vult vanaf ongeveer 1 maand na de diagnose één keer per 3 maanden, voorafgaand aan een consult met de kinderoncoloog of verpleegkundig specialist een vragenlijst in op de KLIK website (www.hetklikt.nu/oncologie). Dit wordt vervolgens door het systeem omgezet in een overzichtelijk KLIK PROfiel, geopend door de kinderoncoloog of verpleegkundig specialist en besproken tijdens het consult.
Uitkomstmaat	Systematische aandacht voor Kwaliteit van Leven, vroegtijdig signaleren en bespreken van kwaliteit van leven problemen, met als uiteindelijk doel de verbetering van het psychosociaal functioneren.
Onderbouwing	Vanuit de oncologische literatuur bij volwassenen is bekend dat het gebruik van Patiënt Reported Outcomes (PROs) in de klinische praktijk kan leiden tot een verbeterde communicatie tussen patiënt en hulpverlener en tot een verbetering van zorg en kwaliteit van leven (i.e. Detmar et al., 2002; Velikova et al., 2004). Bij een studie naar adolescenten met diabetes bleek het bespreken van kwaliteit van leven een positieve invloed te hebben op het psychosociaal welbevinden en de tevredenheid met de zorg (De Wit et al., 2008). Wanneer het systematisch bespreken van kwaliteit van leven geen vast onderdeel van de zorg meer vormde, daalden de kwaliteit van leven scores en de tevredenheid met de zorg weer naar baseline-waarden (De wit et al., 2010). In de periode 2005 - 2010 voerde Vivian Engelen, vanuit het Emma Kinderziekenhuis AMC, het Quality of Life in Childhood Oncology onderzoek (QLIC-ONderzoek) uit in het Emma Kinderziekenhuis AMC, het VU medisch centrum, het UMC St Radboud en het Leids Universitair Medisch Centrum bij kinderen met kanker na einde behandeling. Emotionele en psychosociale onderwerpen bleken vaker te worden besproken als het PROfiel gebruikt werd tijdens het consult, kwaliteit van leven problemen werden beter gesignaleerd en het consult duurde niet langer. Het PROfiel bleek dus een handig hulpmiddel om de kwaliteit van leven met het kind en/of de ouders te bespreken en problemen vroegtijdig op te sporen. Een vervolg onderzoek naar KLIK bij kinderen met jeugdreuma toonde eveneens een toename in het bespreken van psychosociaal functioneren en een verhoogde tevredenheid met de zorg bij ouders en zorgverleners aan (Haverman et al. 2013). - De Wit, M., Delemarre-van de Waal HA, Bokma, J. A., Haasnoot, K., Houdijk, M. C., Gemke, R. J. et al. (2008). Monitoring and discussing health-related quality of life in adolescents with type 1 diabetes improve psychosocial well-being: a randomized controlled trial. <i>Diabetes Care</i>, 31, 1521-1526. - De Wit, M., Delemarre-van de Waal HA, Bokma, J. A., Haasnoot, K., Houdijk, M. C., Gemke, R. J. et al. (2010). Follow-up results on monitoring and discussing health-related quality of life in adolescent diabetes care: benefits do not sustain in routine practice. <i>Pediatr.Diabetes</i>, 11, 175-181. - Detmar, S. B., Muller, M. J., Schornagel, J. H., Wever, L. D., & Aaronson, N. K. (2002). Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i>, 288, 3027-3034. - Engelen, V., Detmar, S., Koopman, H., Maurice-Stam, H., Caron, H., Hoogerbrugge, P. et al. (2012). Reporting health-related quality of life scores to physicians during routine follow-up visits of pediatric oncology patients: Is it effective? <i>Pediatr.Blood Cancer</i>, 58, 766-774. - Haverman, L., van Rossum, M. A., van, V. M., van den Berg, J. M., Dolman, K. M., Swart, J. et al. (2013). Effectiveness of a web-based application to monitor health-related quality of life. <i>Pediatrics</i>, 131, e533-e543. - Velikova, G., Booth, L., Smith, A. B., Brown, P. M., Lynch, P., Brown, J. M. et al. (2004). Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. <i>J.Clin. Oncol.</i>, 22, 714-724.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	Levensverwachting < 6 maanden

CONTACT

Website	www.hetklikt.nu
Contactpersoon	Martha Grootenhuis, Psychosociale Afdeling Emma Kinderziekenhuis/AMC, m.a.grootenhuis@amc.nl

36. PRISMA

Neurofeedbacktraining bij cognitieve problemen na behandeling hersentumor op kinderleeftijd

Sanne (10 jaar)

“Ik deed mee met de PRISMA studie en kreeg de training thuis. We hebben steeds leuke films gekeken, K3 en Ice Age! De trainer was ook heel gezellig! Laatst vroeg ik nog aan mama of de trainer nog eens komt, want het is wel jammer dat ze nu weer weg is.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Kinderen - Jongeren - Adolescenten
Vorm(en) van kanker	Hersentumor op de kinderleeftijd
Probleemgebied/klacht	- Aandachtsproblemen - Informatieverwerkingsproblemen - Geheugenproblemen - Tempo problemen
Zorgverleners	Binnen onderzoeksverband zijn de trainingen op locatie door getrainde master-studenten psychologie gegeven. In de praktijk zijn het neurofeedback-therapeuten die de training geven.
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, nog niet voor deze doelgroep. Voor andere aandoeningen wel buiten onze eigen instelling.
Verzekerde zorg?	Alleen voor kinderen met een ADHD diagnose
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	AMC /Emma kinderziekenhuis & EEG Resource Institute Nijmegen

INTERVENTIE

Doel	Neurofeedback training ten behoeve van het verbeteren van aandacht, geheugen en/of informatieverwerkingssnelheid na behandeling voor een hersentumor op de kinderleeftijd.
Omschrijving	Neurofeedback (NFB) is een trainingsmethode voor de hersenen, waarbij iemand kan leren om controle te krijgen over zijn/haar hersengolven. Bij de NFB training zit de cliënt in een stoel, met drie plakkers op het hoofd. De informatie die via de elektrodes wordt verkregen wordt vervolgens doorgegeven door middel van een neurofeedbackapparaat. Als de hersenactiviteit de door de geselecteerde training gewenste frequentie vertoont krijgt het kind positieve feedback, in de vorm van een filmpje dat gaat lopen. Als de hersenactiviteit niet de gewenste frequentie vertoont stopt het filmpje en wordt het beeld zwart.

	Door deze terugkoppeling weet de cliënt wanneer er voldoende gewenste hersengolven geproduceerd worden en zal het brein zich daaraan aanpassen. Dit heet operante conditionering. Neurofeedback is een bestaande training, die nog niet eerder aan deze doelgroep werd gegeven. In samenwerking met EEG Resource institute, te Nijmegen zijn op basis van een pilotonderzoek 3 trainingsmodules opgesteld voor overlevers van een hersentumor. Hierbij krijgen zij 30 sessies van NFB.
Uitkomstmaat	Verbeterde aandacht, geheugen en informatieverwerkingssnelheid en als gevolg hiervan een verbeterde kwaliteit van leven.
Onderbouwing	Er zijn talloze studies die aantonen dat NFB doeltreffend is als interventie voor verschillende aandoeningen (bv ADHD: Gevensleben 2012, Arns 2009), echter het is nog niet eerder gebruikt bij overlevers van een hersentumor op de kinderleeftijd. Momenteel wordt de effectiviteit van NFB voor deze doelgroep onderzocht in een dubbelblind gerandomiseerde gecontroleerde trial.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Leeftijd 8-18 jaar - Minimaal 2 jaar na behandeling
Exclusie	- Premorbide ADHD - Onvoldoende kennis van de Nederlandse taal.

CONTACT

Website	http://www.zorgvoorhetziekekind.nl/onderzoek/kinderen/neurofeedback-voor-kinderen-met-een-hersentumor/
Contactpersoon	Marieke de Ruiter, Psychosociale afdeling, Emma Kinderziekenhuis/AMC m.a.deruiter@amc.nl

37. QLIM

Fysiek en psychosociaal trainingsprogramma voor kinderen met kanker

“Ik kon weer gewoon met mijn vriendinnen mee naar de bioscoop zonder dat ik moe werd of eerder naar huis moest.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Kinderen - Jongeren
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Conditie - Spierkracht - Kwaliteit van leven
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Fysiotherapeut
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, nog wachtende op verdere resultaten.
Verzekerde zorg?	Ja, via aanvullende verzekering.
Opgenomen in een richtlijn?	Oncologische revalidatie (2011); maar deze mist nog details voor kinderen.
Ontwikkelaar/aanbieder	VU medisch centrum en UMC Utrecht

INTERVENTIE

Doel	Het doel van de interventie is het behouden of verbeteren van de lichamelijke conditie (uithoudingsvermogen en kracht) van kinderen met kanker. Waarbij verbeteringen in lichamelijk conditie en kracht leidt tot minder gezondheidsproblemen en een betere gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven.
Omschrijving	Het interventieprogramma duurt 12 weken en bestaat uit een lichamelijk en een psychosociaal trainingsprogramma gevolgd door een boostersessie van 1 dag. Het lichamelijke trainingsprogramma (2x/week bij een sportcentrum in de buurt van het woonhuis) is gericht op het verbeteren van lichamelijke conditie en spierkracht en het psychosociale programma (6 kinder- en 2 oudersessies in het behandelend ziekenhuis) op het verbeteren van sociaal-emotioneel functioneren.

Onderbouwing

Het bevorderen van lichamelijke activiteit tijdens en na de behandeling zou korte- en lange termijn gezondheidseffecten bij kinderen met kanker kunnen voorkomen dan wel reduceren en is daarom van essentieel belang om de kwaliteit van leven te bevorderen. De effectiviteit van de interventie wordt momenteel onderzocht.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

- 8 tot 18 jaar oud zijn
- Gediagnosticeerd met een vorm van kinderkanker
- Tijdens onderhoudsbehandeling, of in het jaar na einde behandeling met chemotherapie en/of radiotherapie zijn

Exclusie

- Beenmergtransplantatie hebben ondergaan
- Behandeld zijn met groeihormonen
- Niet in staat zijn te fietsen op een hometrainer
- Mentaal niet in staat zijn instructies op te volgen

CONTACT

Website

www.a-care.org

Contactpersoon

Katja Braam, VU medisch centrum, katja.braam@vumc.nl

38. Op Koers

Groepscursussen

Daan (15 jaar)

"Ik had helemaal geen zin in die Op Koers cursus, maar mijn moeder vond het belangrijk. Uiteindelijk was het erg leuk en heb ik er veel aan gehad. Dus bedankt mam! Sommige dingen die we in de cursus leerden wist ik al wel, maar ik vond het leuk om van andere kinderen te horen hoe zij met hun ziekte omgaan. Bij mij op school zit niemand die dezelfde ziekte heeft als ik en dat is soms best lastig. Nu praat ik vaak met andere kinderen uit de Op Koers groep op MSN. Best lachen."

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Kinderen - Adolescenten	- Jongeren
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	- Late effecten/gevolgen van kanker op de kinderleeftijd - Angst/somberheid	
Zorgverleners	- Psycholoog/Psychotherapeut - Kinderoncoloog	
Vorm van interventie	- Online - Begeleid	- Groepsverband - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Na de behandeling	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Emma Kinderziekenhuis AMC in samenwerking met het Trimbos Instituut	

INTERVENTIE

Doel	Het Op Koers programma bestaat uit cursussen voor kinderen en jongeren tussen de 8 en 18 jaar die behandeld zijn voor kanker. In de cursus leren de kinderen samen beter omgaan met vervelende en lastige gevolgen van de ziekte.
Omschrijving	Het Op Koers programma bestaat uit cursussen voor kinderen en jongeren tussen de 8 en 18 jaar die behandeld zijn voor kanker. In de cursus leren de kinderen samen beter omgaan met vervelende en lastige gevolgen van de ziekte. In de cursus wordt met behulp van video's, spellen en groepsdiscussies aandacht besteed aan hoe je om kunt gaan met; 1) late effecten/gevolgen van de ziekte, 2) piekeren en somberheid, 3) spanning/ontspanning, en 4) reacties uit de omgeving. De cursus voor kinderen (8-12 jaar) bestaat uit zes wekelijkse sessies van 90 minuten in het ziekenhuis. De cursus voor jongeren (12-18 jaar) wordt online aangeboden en bestaat uit acht wekelijkse chatsessies van 90 minuten in een gesloten online chatbox. De cursus wordt begeleid door twee cursusleiders (psychologen) en vindt plaats op een vastgesteld tijdstip.

Uitkomstmaat	Voorkomen of verminderen van psychosociale problemen.
Onderbouwing	Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van de Op Koers cursussen. Zie publicaties: - Last, B. F., Stam, H., Onland-van Nieuwenhuizen, A. M., & Grootenhuis, M. A. (2007). <i>Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: First results. Patiënt Education and Counseling</i>, 65, 101-112. - Last, B. F., Maurice-Stam, H., Scholten, L., Onland, A. M. & Grootenhuis, M. A. (2008). <i>Op Koers: Groeps cursussen psycho-educatie en vaardigheidstraining voor chronische zieke kinderen. Tijdschrift voor Kindergeneeskunde</i>, 76 (4), 190-199. - Maurice-Stam H, Scholten L, De Gee, EA, Van der Zanden RA, Conijn B, Last BF, Grootenhuis MA. <i>Feasibility of an Online Cognitive Behavioral-based Group Intervention for Adolescents Treated for Cancer: a Pilot Study. Journal of Psychosocial Oncology</i> (accepted). - Maurice-Stam H, Silberbusch LM, Last BF, Grootenhuis MA. <i>Evaluation of a psycho-educational group intervention for children treated for cancer: a descriptive pilot study. Psychooncology</i>. 2009 Jul;18(7):762-6. - Scholten, L., Willemen, A. M., Last, B., Maurice-Stam, H., van Dijk, E. M., Ensink, E. et al. (2013). <i>Efficacy of Psychosocial Group Intervention for Children with Chronic Illness and their Parents. Pediatrics</i>, 131, e1196-e1203. - Scholten, L., Willemen, AM, Grootenhuis, MA, Maurice-Stam, H., Schuengel, C. & Last, BF. <i>Study protocol: A cognitive behavioral based group intervention for children with a chronic illness and their parents: a multicentre randomized controlled trial. BMC Pediatrics</i> (2011)

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Kinderen (8-12) en jongeren (12-18) die klaar zijn met de behandeling van kanker.
Exclusie	- ZMLK niveau - Niet beheersen van Nederlandse taal

CONTACT

Website	www.opkoersonline.nl
Contactpersoon	Linde Scholten, Emma Kinderziekenhuis AMC, linde.scholten@amc.nl

39. Kanker in het gezin

Lotgenotengroepen voor kinderen, jongeren en ouders



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Kinderen van ouders met kanker en de ouders zelf	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	-	
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Gastvrouwen Toon Hermans Huis Amersfoort	
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid	- Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandel fase - Palliatieve fase - Groepen voor kinderen en jongeren waarvan een van de gezinsleden is overleden aan kanker.	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Rouwwinkel Atalanta, Amersfoort i.s.m. Toon Hermans Huis Amersfoort	

INTERVENTIE

Doel	Kinderen en jongeren helpen bij het omgaan met kanker binnen het gezin, het bieden van handvatten en herkenning. Voor ouders: uitwisseling van waar zij tegenaan lopen wat betreft hun ziekte of ziekte partner en het omgaan met hun kinderen.
Omschrijving	De interventie bestaat uit lotgenotengroepen voor kinderen en jongeren waarbij o.a. de volgende thema's aan bod komen. 1. Mijn verhaal. Wie in jouw gezin is ziek en wat betekent dit voor jou zelf en de andere gezinsleden. Doordat jij je verhaal vertelt zet je het voor jezelf ook op een rijtje, vaak worden dingen voor je zelf daardoor duidelijk. 2. Vragen. Wat is kanker eigenlijk. Hoe ontstaat het. Welke soorten kanker zijn er?! Deze bijeenkomst komt een arts om alle vragen die er zijn te beantwoorden. Verder bekijken we een DVD en bekijken we boekjes die gaan over kanker en de behandeling van kanker.

	3. Gevoelens. Eerst benoemen we met elkaar welke gevoelens er zijn. Wat voel jij en hoe ga je ermee om? Over gevoelens praten met elkaar en horen dat je niet alleen bent met alle gevoelens die je hebt is fijn ook hierbij is het herkennen van de gevoelens bij elkaar een steun. 4. De Omgeving. Waar krijg jij steun en waar kun je het halen. 5. Troost. Wat helpt jou op momenten dat je het moeilijk hebt. Alle manieren zijn goed als het jou helpt troost te vinden en soms kan afleiding ook goed helpen. 6. Sterk blijven, sterk worden. Als je weet wat jou kracht is kun je deze gebruiken op moeilijke momenten. In deze bijeenkomst kijken we ook met elkaar terug wat we gedaan hebben, wat je ervan gevonden hebt en of je er iets aan hebt gehad.
Uitkomstmaat	- Kinderen en jongeren: leren zich te uiten; leren steunbronnen uit hun omgeving te gebruiken. Plaats bieden voor uitwisseling. - Ouders: psycho-educatie over hoe kinderen/jongeren hier mee omgaan. Plaats bieden voor uitwisseling.
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Kinderen/jongeren moeten in staat zijn in een groep te functioneren
Exclusie	Ernstige psychische problemen die individuele therapie vereisen

CONTACT

Website	- www.jongererenpit.nl - www.thha.nl
Contactpersoon	Herma Bode, Toon Hermans Huis Amersfoort, te Amersfoort

40. LTO

De Last Thermometer voor Ouders

“Het is een handig meetinstrument voor hulpverleners om in kaart te brengen hoe het met het welzijn van ouders is gesteld. Aan de hand van de ingevulde vragenlijst heb ik samen met de ouders een gesprek dat dient als eerste inventarisatie van de stressfactoren. Die zijn in elk gezin anders.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Ouders van kinderen met kanker (en andere chronische ziekten)
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	De vragenlijst is gericht op last ('distress') in het algemeen. Wel worden er problemen in 6 domeinen uitgevraagd: praktisch, gezin/sociaal, emotioneel, lichamelijk, cognitief en opvoeding
Zorgverleners	- Psycholoog/Psychotherapeut - Maatschappelijk werk
Vorm van interventie	- Individueel (via www.hetklikt.nu) - Onbegeleid - Face-to-face (uitgereikt door maatschappelijk werk)
Fase in ziekte proces	Alle fasen
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut (Emma Kinderziekenhuis AMC) en daarbuiten.
Verzekerde zorg?	-
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Psychosociale Afdeling van het Emma Kinderziekenhuis AMC

INTERVENTIE

Doel	Deze vragenlijst wordt ingevuld door ouders van kinderen met kanker, om op een snelle manier in kaart te brengen hoe het gaat met deze ouders. De maatschappelijk werker, kinderarts of psycholoog kan in één oogopslag zien of en waar er problemen zijn en kan de antwoorden bespreken met ouders.
Omschrijving	Voor zorgverleners is het vaak lastig in te schatten welke ouders met een kind onder behandeling in het kinderziekenhuis ondersteuning nodig hebben of behoefte hebben aan ondersteuning. Door middel van vragenlijsten is het mogelijk om op een snelle manier inzicht te krijgen in het functioneren van ouders van een kind met kanker of een chronische ziekte. Een dergelijke vragenlijst was alleen nog niet beschikbaar. Om deze reden heeft de Psychosociale afdeling van het Emma Kinderziekenhuis AMC een vragenlijst ontwikkeld die in kaart brengt hoe het met ouders zelf gaat en op welke gebieden zij problemen ondervinden. Deze vragenlijst heet de Last Thermometer voor Ouders (LTO). De LTO bestaat uit 3 onderdelen: 1. Een thermometer. Ouders geven op een schaal van 0 (helemaal geen last) tot 10 (extreem veel last) aan hoe het de afgelopen week gegaan is.

	2. Probleemdomeinen (praktisch, gezin/sociaal, emotioneel, lichamelijk, cognitief en opvoeding). Ouders geven voor elk onderwerp (bijv. werk, spanning of slapen) aan of ze de afgelopen week problemen hebben ervaren. 3. Overige vragen. Ouders geven aan of ze voldoende steun krijgen, of er vaak door hun omgeving met onbegrip op hun situatie gereageerd wordt, of ze zelf een chronische ziekte hebben, hoe de omgang is met medisch personeel, en of ze met een deskundige zouden willen praten over hun situatie. De maatschappelijk werker, kinderarts of psycholoog kan in één oogopslag zien of en waar er problemen zijn en kan de antwoorden bespreken met ouders.
Uitkomstmaat	Vroege signalering van problemen van ouders van een kind met kanker.
Onderbouwing	De zorg voor een kind met een potentieel levensbedreigende ziekte kan voor ouders veel stress en psychosociale klachten opleveren. Uit onderzoek blijkt dat deze ouders een lagere kwaliteit van leven rapporteren dan ouders van gezonde kinderen; ook lopen zij meer risico op een burn-out. Wetenschappelijke publicatie over de ontwikkeling en validatie van de LTO: - Haverman, L., van Oers, H.A., Limperg, P.F., Houtzager, B.A., Huisman, J., Darlington, A.S., Maurice-Stam, H. & Grootenhuis, M.A. (2013). Development and validation of the Distress Thermometer for Parents of a chronically ill child. <i>Journal of Pediatrics</i>, 163(4), 1140-1146. Wetenschappelijke publicatie over de effectiviteit van het bespreken van Patiënt Reported Outcomes (ingevulde vragenlijsten) in de kindergeneeskunde: - Engelen, V., Detmar, S., Koopman, H., Maurice-Stam, H., Caron, H., Hoogerbrugge, P., Grootenhuis, M. (2012). Reporting health-related quality of life scores to physicians during routine follow-up visits of pediatric oncology patients: Is it effective? <i>Pediatric Blood & Cancer</i>, 58, 766– 774. - Haverman, L., Van Rossum, M. A., Van Veenendaal, M., van den Berg, J. M., Dolman, K. M., Swart, J., Grootenhuis, M. A. (2013). Effectiveness of a web-based application to monitor health-related quality of life. <i>Pediatrics</i>, 131, e533–543.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	De LTO is geschikt voor alle ouders met een kind onder behandeling in het kinderziekenhuis
Exclusie	-

CONTACT

Website	http://www.zorgvoorhetziekekind.nl/producten/last-thermometer-voor-ouders-lto/
Contactpersoon	Prof.dr. Martha Grootenhuis, hoofd Psychosociale Afdeling Emma Kinderziekenhuis AMC

41. BrainSTARS

“Hè hè, eindelijk alle informatie overzichtelijk op een rij. Had ik dit maar eerder gehad!”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Naasten kinderen
Vorm(en) van kanker	Vormen van kanker en behandelingen die niet-aangeboren hersenletsel tot gevolg kunnen hebben (met name hersentumoren)
Probleemgebied/klacht	Gevolgen van NAH op het gebied van lichamelijk, cognitief en emotioneel functioneren en gedrag.
Zorgverleners	- Psycholoog/Psychotherapeut - Maatschappelijk werk - Gedragskundige (bijv. orthopedagoog of psycholoog), ambulant begeleider die gezinnen in de thuissituatie begeleidt, onderwijsprofessionals (docent, ambulant begeleider, intern begeleider, zorgcoördinator)
Vorm van interventie	Begeleid
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten. Geïmplementeerd bij verschillende lichamelijke gehandicaptenzorgorganisaties die ambulante ondersteuning bieden aan gezinnen van een kind met NAH: Heliomare, InteraktContour, Middin, De Noorderbrug, NOVIzorg, Pauwer, Pluryn, Siza, SWZ, Syndion, Zozijn.
Verzekerde zorg?	De interventie is één van de methodieken/interventies die toegepast worden binnen de ambulante gezinsbegeleiding. De gezinsbegeleiding wordt (nu nog) gefinancierd vanuit de AWBZ.
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	BrainSTARS is ontwikkeld in Amerika onder leiding van. Dr. Jeanne Disel-Lewis (Children's Hospital Colorado). Vilans, landelijk kenniscentrum voor de langdurende zorg, heeft BrainSTARS in 2011 in het Nederlands vertaald en uitgegeven.

INTERVENTIE

Doel	BrainSTARS is een educatief programma om ouders, opvoeders, leerkrachten en andere betrokkenen te informeren over niet-aangeboren hersenletsel (NAH) bij kinderen en jongeren. Naast informatie biedt de methode handvatten voor gedragsanalyse (wat doet het kind precies?) en aanknopingspunten voor gedragsinterventies (hoe kan ik als ouders, leerkracht, begeleider of andere betrokkene daar op een positieve manier mee omgaan?).
Omschrijving	Jaarlijks lopen naar schatting 19.000 kinderen en jongeren in Nederland (blijvend) hersenletsel op na een ongeval of een ziekte.

	De gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel treffen niet alleen het kind zelf, maar ook ouders, broertjes en zusjes en andere familieleden. Zij worden geconfronteerd met gevoelens van verdriet en rouw en lijden onder het soms sterk veranderde gedrag van het kind. Vaak is sprake van jarenlange overbelasting van het gezin door het ontbreken van adequate informatie en deskundige begeleiding. Voor de informatievoorziening aan ouders en docenten zijn in Nederland weinig geschikte materialen beschikbaar. Informatie is vaak niet goed toegankelijk en versnipperd. Vijftien lichamelijk gehandicaptenzorgaanbieders hebben samen met Vilans in een intensief meerjarig traject NAH-specifieke gezinsbegeleiding en -behandeling ontwikkeld. Een begeleider met kennis van NAH komt in de thuissituatie na de ziekenhuis- en revalidatiefase. Eén van de methodieken die binnen deze gezinsbegeleiding en -behandeling wordt gebruikt, is BrainSTARS. BrainSTARS is een educatief programma waarmee ouders, opvoeders, docenten en andere betrokkenen worden geïnformeerd over niet-aangeboren hersenletsel bij kinderen en jongeren. Naast informatie biedt de methode handvatten voor gedragsanalyse: wat doet het kind precies? Ook biedt de methode aanknopingspunten voor gedragsinterventies: hoe kan ik als ouder, docent, professionele begeleider of andere betrokkene daar op een positieve manier mee omgaan? BrainSTARS is ontwikkeld in de Verenigde Staten en door Vilans in Nederland geïntroduceerd in de ambulante begeleiding van gezinnen van een kind met NAH. BrainSTARS voorziet in een grote behoefte. Inmiddels hebben ook enkele revalidatie- en onderwijsinstellingen in Nederland de eerste ervaringen met BrainSTARS opgedaan.
Uitkomstmaat	BrainSTARS heeft als doel een handreiking te bieden aan ouders, docenten en andere betrokkenen van kinderen en jongeren met niet-aangeboren hersenletsel. Beoogd resultaat is dat betrokkenen van kinderen en jongeren met NAH inzicht hebben in de gevolgen van het letsel en gezamenlijk de juiste begeleiding bieden.
Onderbouwing	Uit onderzoek naar de inzet van BrainSTARS in de Verenigde Staten blijkt dat ouders en docenten van kinderen met niet-aangeboren hersenletsel zich door BrainSTARS meer competent voelden in de omgang en het werken met deze kinderen. Ook signaleerden ouders en docenten verbeteringen in het gedrag van het kind. De toegevoegde waarde van BrainSTARS in de ambulante gezinsbegeleiding in Nederland werd in 2011 en 2012 bevestigd in twee pilots. Ouders noemden als belangrijkste pluspunt van het werken met BrainSTARS de herkenning en bevestiging die de methode hen geeft. Daarnaast waardeerden ze de goede adviezen en het kunnen opzoeken en terugvinden van informatie. Het gebruik van BrainSTARS resulteerde volgens hen in rust in het gezin, meer kennis van NAH en zelfvertrouwen bij de ouders, ontwikkeling in de vaardigheden van het kind, en een betere overdracht tussen school en thuis. Andere betrokkenen uit de omgeving van het kind noemen ook verschillende resultaten van de inzet van BrainSTARS: een betere afstemming, meer kennis over NAH, meer begrip voor het gedrag van het kind en handvatten om het gedrag te beïnvloeden. Betrokkenen waarderen met name de gezamenlijke bijeenkomsten: die bieden hen de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen en gezamenlijk af te stemmen. Gezinsbegeleiders noemden als sterke punten van BrainSTARS de informatie over NAH, de handelingsadviezen en de stimulans tot uitwisseling van kennis en inzicht tussen betrokkenen. De begeleiders bevestigden dat BrainSTARS tot meer kennis, begrip en rust in het gezin leidt. Al met al heeft BrainSTARS zijn waarde bewezen voor de ambulante begeleiding van gezinnen met een kind met NAH: "Het is een mooie methode die een grote rol kan spelen in de dagelijkse praktijk en veel toe kan voegen," aldus een gedragskundige.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	BrainSTARS biedt onvoldoende informatie over de problemen van kinderen die zeer gevaarlijk gedrag vertonen. Als het kind een van deze gedragingen vertoont, moet het onder behandeling van een psychiater geplaatst worden. Ook als het kind al een ernstige psychiatrische stoornis had, zal intensieve begeleiding door een psychiater noodzakelijk zijn. BrainSTARS kan wel voor hen ondersteunend zijn.

CONTACT

Website	- http://www.kennispleinnah.nl/kpnah/kennisplein-nah-good-practice-brainstars.html?highlight=brainstars&search=1 - http://www.kennispleinnah.nl/docs/NAH/Brainstars.pdf
Contactpersoon	Drs. Rianne Gijzen, Vilans, r.gijzen@vilans.nl

42. Ouderbegeleiding bij thuiswonende kinderen



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	De ouder met kanker en zijn partner in de zorg voor hun thuiswonende kind (4-18 jaar), waarbij sprake is van een verstoord evenwicht in de relaties binnen het gezin.	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	-	
Zorgverleners	Maatschappelijk werker	
Vorm van interventie	- Face-to-face - Begeleid	
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Palliatieve fase	- Na de behandeling - Terminale fase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.	
Verzekerde zorg?	De begeleiding die wij bieden zit in de overhead, het kan ook zo zijn dat deze begeleiding wordt geboden binnen de revalidatie, dan wordt het gefinancierd middels een RBU	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	NKI-AVL	

INTERVENTIE

Doel	De patiënt en zijn partner: - hebben inzicht in de rolveranderingen die de kanker met zich meebrengt in de relatie met hun kind. - zijn in staat de verantwoordelijkheid als ouder op zich te nemen en zich te richten op hun kind.
Omschrijving	De begeleiding is gericht op het geven van inzicht, het maken van verbinding en het herstellen van de balans van geven en ontvangen. Uitgangspunt is de meerzijdige partijdigheid. - Exploreren met de patiënt en zijn partner welke impact de ziekte en de behandeling heeft op het gezinsleven en de ouderrol. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een genogram, tenminste drie generaties worden in kaart gebracht; grootouders, ouders en kind. - Mobiliseren van vertrouwen door de patiënt en zijn partner erkenning te geven voor de moeilijke situatie waar zij zich in bevinden en voor wat zij doen voor hun kind.

	- De patiënt en zijn partner worden indien nodig aangezet tot het werken aan de balans van geven en ontvangen met hun eigen ouders - Bij problemen binnen het gezin die al bestonden voordat er sprake was van de kanker, wordt in principe gericht doorverwezen naar de eerste lijn, mits dit geen consequenties heeft voor de opname en/of behandeling van de patiënt - Exploreren of (andere) hulpbronnen nodig zijn die de patiënt en zijn partner kunnen ondersteunen in hun ouderrol. Duur is in principe vijf gesprekken. Na het derde gesprek vindt een evaluatie plaats en wordt indien nodig met de patiënt en zijn partner het doel van de hulpverlening bijgesteld. Indien nodig kunnen het kind en andere belangrijke (familie)relaties worden betrokken bij de hulpverlening.
Uitkomstmaat	Psychosociale problemen, bij het kind/de kinderen in het gezin waarvan één van de ouders kanker heeft, worden voorkomen. Het gaat dus om een preventief doel.
Onderbouwing	Interventie is toegeschreven naar de psychosociale oncologie door het maatschappelijk werk van het AVL-NKI vanuit MOVISIE 'Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in UMC's 2007 en in de algemene ziekenhuizen 2009; Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening' De module is gebaseerd op onderzoek naar de psychosociale problemen bij kinderen in een gezin waar één van de ouders kanker heeft. Het gaat om een onderzoek gedaan binnen de VO Jeugd, gezin en context (Pro Education) 'Op de kleintjes letten' (mei 2011) door één van de maatschappelijk werkers binnen het AVL. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van andere onderzoeken over dit onderwerp: - Donofrio, Stacey M. (2010) Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 'Family experiences after parental cancer'. Groningen, Gildeprint/ Huizinga, G. (2006) - Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen 'The impact of parental cancer on children'. Groningen, Gildeprint/ Visser, A. (2007) - Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen 'Children's functioning following parental cancer'. Groningen, Gildeprint.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Het gaat om ouderbegeleiding in het gezin waar één van de ouders kanker heeft.
Exclusie	-

CONTACT

Website	www.movisie.com
Contactpersoon	Elly Kaats, maatschappelijk werker en Yvonne de Rooij, maatschappelijk werker, NKI-AVL

43. Houvast, voor elkaar

Online zelfhulpinterventie voor partners van kankerpatiënten

“Er is mij één keer hulp aangeboden in het begin. Toen had ik er geen behoefte aan. Later toen het rustiger werd had ik er wel over willen praten maar wist niet waar ik wezen moest. Online begeleiding kan je vragen wanneer jij het wil. Daarom lijkt het me wel een goed idee.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Naasten volwassenen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Angst en somberheid - Belasting door mantelzorg
Zorgverleners	Psycholoog/psychotherapeut
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Online In het onderzoek wordt de cursus op twee manieren aangeboden. De inhoud is bij beide varianten hetzelfde, maar er wordt gevarieerd op de manier van begeleiding. Eén groep volgt de cursus met wekelijks e-mailondersteuning van een persoonlijke begeleider; de andere groep volgt de cursus met ondersteuning van automatisch aangemaakte e-mails.
Fase in ziekte proces	Alle fasen
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, de effectiviteit van de interventie moet eerst nog worden getest, voordat deze geïmplementeerd zou kunnen worden in de praktijk.
Verzekerde zorg?	-
Opgenomen in een richtlijn?	-
Ontwikkelaar/aanbieder	Universiteit Twente en VU medisch centrum met steun van KWF Kankerbestrijding/ Stichting Alpe d'HuZes.

INTERVENTIE

Doel	De online zelfhulpinterventie ‘Houvast voor elkaar’ biedt informatie en steun en helpt partners van mensen met kanker het beste te halen uit deze moeilijke tijd. Doel van de interventie is een afname van psychologische distress in partners van kankerpatiënten.
Omschrijving	Bij het maken van de cursus ‘Houvast, voor elkaar’ is nauw samengewerkt met partners van mensen met kanker. Hun behoeften, wensen en ideeën vormen de basis van de cursus. De cursus is een zelfhulpcursus die bestaat uit 6 basislessen, die elk een thema behandelen: (1) Herkennen en omgaan met emoties; (2) Het versterken van veerkracht; (3) De invloed van negatieve gedachten; (4) Het herkennen van waarden in het leven en in de relatie; (5) Het belang van communicatie; (6) Vriendelijk zijn voor zichzelf.

	Elke les start met een korte informatieve tekst over het onderwerp van die les. Daarna volgen enkele korte psychologische oefeningen die de partner kunnen helpen om zijn/haar veerkracht te versterken, meer te leven in het nu, of stil te staan bij dingen die echt belangrijk zijn. Na iedere les krijgen de partners praktische informatie, tips en nuttige verwijzingen naar websites en organisaties. Ook bevat de cursus, voor degene die dat graag willen, mogelijkheden om in contact te komen met lotgenoten. De cursus is gratis. Partners kunnen kiezen of zij de cursus alleen of gedeeltelijk samen met hun partner willen doen en waar en wanneer zij de cursus gaan doorlopen. Dit kan op de computer of tablet. De cursus vergt ongeveer 1.5 uur per week en hij duurt, afhankelijk van de beschikbare tijd, ongeveer 6-12 weken. De deelname aan de cursus is op dit moment nog gekoppeld aan een onderzoek.
Uitkomstmaat	De primaire uitkomstmaat, die de interventie 'Houvast, voor elkaar' beoogt te bereiken, is een afname van psychologische distress in partners van kankerpatiënten. Secondaire uitkomstmaten van de interventie zijn onder andere een toename van (1) (positieve) mentale gezondheid, (2) gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en (3) algemene gezondheid. Daarnaast beoogt de interventie een afname van de belasting door de mantelzorg.
Onderbouwing	Er kunnen nog geen uitspraken gedaan worden over de (kosten) effectiviteit van de interventie. De effecten van de interventie zullen dit jaar (2014) onderzocht worden. Wel is hier te vermelden dat er een grondig behoeftenonderzoek (zowel kwalitatief als kwantitatief) vooraf is gegaan aan de ontwikkeling van de interventie (Köhle, Drossaert, Schreurs, Hagedoorn, van Uden, Verdonck- de Leeuw & Bohlmeijer, in preparation; Köhle, Drossaert, Van Uden, Verdonck- de Leeuw & Bohlmeijer, in preparation). Bij het maken van de cursus is nauw samengewerkt met partners van kankerpatiënten. Hun behoeften, wensen en ideeën vormen de basis van de online cursus 'Houvast, voor elkaar'.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Leeftijd van 18 jaar of ouder - Partner zijn van iemand die kanker heeft (overleefd) - Toegang hebben tot internet, in bezit zijn van een e-mailadres - Nederlandse taal goed beheersen (lezen en schrijven) - Milde tot matige psychische problematiek
Exclusie	- Last hebben van ernstige psychische problematiek - Kortgeleden (minder dan drie maanden geleden) zijn gestart met psychologische of psychofarmacologische behandeling - Niet bereid zijn om elke week ongeveer 1-1.5 uur met de online cursus bezig te zijn - Diagnose kanker bij partner is minder dan drie maanden geleden gesteld - Partner is aan kanker overleden

CONTACT

Website	www.houvastvoorelkaar.nl
Contactpersoon	N.Köhle, MSc., Universiteit Twente, n.kohle@utwente.nl

44. Verwerkingsgroep voor nabestaanden



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Mensen die een dierbare verloren hebben aan kanker
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Eigen lichamelijke gezondheid - Het eigen verhaal - Eigen verlangen, hoop, verwachtingen, betekenis - Afscheid nemen - Emoties
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Ondersteuning door vrijwilliger / stagiaire - Maatschappelijk werker
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Na het overlijden van een dierbare
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Stichting Stade, Stichting Amarant, Toon Hermans Huis Amersfoort

INTERVENTIE

Doel	De verwerkingsgroep voor nabestaanden beoogt steun te bieden aan nabestaanden van mensen die aan kanker overleden zijn. De groep biedt ruimte aan het eigen verhaal, rouwverwerking, eigen emoties, steunbronnen en toekomstperspectief.
Omschrijving	In de groep worden aan de hand van de thema's (eigen lichamelijke gezondheid, afscheid nemen, eigen verhaal, emoties, eigen verlangen/hoop/verwachtingen en mede afhankelijk van wat deelnemers wensen) ervaringen uitgewisseld. Er wordt psycho-educatie gegeven, vinden geleide meditaties plaats, groepsgesprekken en ontspanningsoefeningen. Lotgenotencontact is een belangrijke basis. Groepsbegeleiding geeft ruimte en begrenst omdat emotioneel veel tegelijk kan spelen.
Uitkomstmaat	- Steun bieden bij verwerken en hulp bij het opnieuw vorm geven van je leven na overlijden van dierbare. - Hervinden van eigen kracht.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

Men moet in staat zijn in een groep te functioneren

Exclusie

- Als er sprake is van (ernstige) psychiatrische klachten
- Als lotgenotencontact ongewenst is

CONTACT

Website

- www.centrum-amarant.nl
- www.thha.nl

Contactpersoon

Karen Rutgers-van Wijlen; Toon Hermans Huis Amersfoort, directie@thha.nl

45. Nabestaandengroep

Mensen die hun partner zijn verloren aan de gevolgen van kanker



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Nabestaanden van partners met kanker
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Signalen van rouw a.g.v. verlies van partner
Zorgverleners	Maatschappelijk werker
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid
Fase in ziekte proces	Enige tijd na overlijden van partner aan kanker
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Inloophuis Pisa

INTERVENTIE

Doel	Mensen die hun partner hebben verloren aan kanker ondersteunen in het verwerken van verlies van de partner en ondersteunen bij opnieuw vinden van balans en kwaliteit van leven
Omschrijving	Psycho-educatie, uitwisselen ervaringen en tips hoe om te gaan met moeilijke situaties
Uitkomstmaat	Meer kwaliteit van leven en meer stabiliteit en veerkracht.
Onderbouwing	Werkt ondersteunend en mogelijk preventief.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	- Nog te veel met eigen emoties n.a.v. verlies bezig zijn, waardoor deelname aan een groep niet aansluit bij de behoefte. - (Psychiatrische) problematiek die deelname aan en functioneren in de groep bemoeilijkt.

CONTACT

Website

www.inloophuispisa.nl

Contactpersoon

Wiek Luza, begeleider van deze partnergroep en coördinator Inloophuis Pisa

46. Partnergroep



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Naasten volwassenen	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	- Spanning en vermindering van draagkracht - Isolement, behoefte aan lotgenotencontact	
Zorgverleners	Maatschappelijk werker	
Vorm van interventie	Begeleid	
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandel fase - Palliatieve fase	- Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Inloophuis Pisa	

INTERVENTIE

Doel	Ontmoetingsgroep voor partners van mensen met kanker met als doel het geven support aan veelal zwaar belaste partners middels psycho-educatie en erkenning en herkenning door lotgenotencontact.
Omschrijving	Psycho-educatie en uitwisseling ervaringen
Uitkomstmaat	Op peil houden/vergroten van draagkracht van de partner
Onderbouwing	Lotgenotencontact werkt ondersteunend.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

-

Exclusie

Psychiatrische problematiek die deelname aan een groep bemoeilijkt.

CONTACT

Website

www.inloophuispisa.nl

Contactpersoon

Wiek Luza, begeleider van deze partnergroep en coördinator Inloophuis Pisa

47. Geriatric Navigator

Interventariseren leeftijdsgelateerde problemen oudere patiënten



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Ouderen
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Nee, de Geriatric Navigator brengt de leeftijdsgelateerde problemen van de oudere oncologiepatiënt in kaart (m.n. algemene conditie en kwetsbaarheid, zelfredzaamheid/mobiliteit, cognitief functioneren, comorbiditeit, voeding, sociale ondersteuning, psychosociale klachten en polyfarmacie)
Zorgverleners	Verpleegkundige
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	De Geriatric Navigator behaalt haar grootste rendement tijdens de inzet in de diagnostische en behandelfase, maar kan ook tijdens de nazorg of het palliatieve traject ingezet worden om de patiënt te blijven monitoren.
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, dit instrument wordt in 10 ziekenhuizen in Nederland gebruikt. Daarnaast vindt nu implementatie plaats in 10 ziekenhuizen in het zorgpad colorectaalcarcinoom.
Verzekerde zorg?	Geriatrische screening valt binnen de reguliere ziekenhuiszorg. Tevens is het voor patiënten met colorectalkanker van 70 jaar en ouder een kwaliteitseis vanuit het IGZ.
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	De Geriatric Navigator is ontwikkeld door stichting Geriatrische Oncologie Nederland (GeriOnNe) in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland Zuid.

INTERVENTIE

Doel	De Geriatric Navigator is een online screeningsinstrument. Het doel van de Geriatric Navigator is het inventariseren van leeftijdsgelateerde problemen bij oudere kankerpatiënten en het geven van hieraan gerelateerde adviezen of interventies. Doordat deze problemen al in een vroeg stadium (voor de start van de behandeling) in kaart worden gebracht en interventies hierdoor in een vroeg stadium ingezet kunnen worden, voorkomt dit problemen later in het behandeltraject.
Omschrijving	De Geriatric Navigator geeft inzicht in de kwetsbaarheid en probleemgebieden van ouderen met kanker op zowel psychosociaal als somatisch gebied. De uitkomsten van de GN kunnen worden meegenomen in het MDO/oncologiebespreking voor het nemen van behandelbeslissingen.

	De Geriatric Navigator vormt samen met de Patiënt Navigator het geriatrisch oncologische zorgpad. De Geriatric Navigator is een online screeningsinstrument dat helpt het geriatrisch assessment te structureren met gevalideerde instrumenten voor elk domein dat onderzocht moet worden. Er wordt aandacht geschonken aan mobiliteit/zelfredzaamheid, polyfarmacie, voeding, sensorische beperkingen, emotioneel en cognitief functioneren, sociale ondersteuning, psychosociale klachten en comorbiditeit. Wanneer er tekortkomingen zijn vastgesteld, worden voor deze domeinen indicaties aangegeven voor passende interventies die ingezet zouden kunnen worden.
Uitkomstmaat	De geriatric navigator brengt de kwetsbaarheden in kaart van de volgende domeinen: Algehele conditie, zelfredzaamheid, geriatrisch syndromen, comorbiditeit, communicatie, ondervoeding, sociale ondersteuning en medicatiegebruik. Adviezen voor interventies zijn bijvoorbeeld: consulteren van het geriatrisch team, afnemen van de lastmeter etc.
Onderbouwing	Momenteel wordt de meerwaarde van de geriatric navigator onderzocht in implementatieprojecten. In dit onderzoek wordt een geriatrisch oncologische module geïmplementeerd en geëvalueerd binnen het bestaande zorgpad colorectaal carcinoom bij patiënten van 70 jaar en ouder in 10 Nederlandse ziekenhuizen. In een studie, uitgevoerd door dr. H.A.A.M Maas, Dr. J.E.A. Portielje en dr. A.D. Speelman wordt onderzocht wat het effect is van systematische geriatrische screening, middels een geriatrisch oncologische module (de Geriatric navigator is hiervan onderdeel), en inzet van gerichte interventies, op de kwaliteit van leven. Daarnaast wordt onderzocht of systematische geriatrische screening, gevolgd door interventies, invloed heeft op de patiënttevredenheid, de zelfredzaamheid, het aantal ongeplande ziekenhuisopnames, overleving en woonsituatie van de patiënt. Ook wordt de tevredenheid met toepassing van de module nagegaan bij de gebruikers. In een tweede studie wordt onder andere onderzocht wat het effect is op de communicatie tijdens het Medisch Oncologisch Overleg (MDO) en op de communicatie tijdens consulten. Deze studie wordt uitgevoerd door de Amsterdam School of Communication Research / ASCoR (Dr. J.C.M. van Weert, Drs. S. Bolle, Prof. Dr. E.F. Loos) in samenwerking met afdeling Medische Psychologie (Dr. E.M. Smets en Prof Dr. J.C.J.M. de Haes) van de Universiteit van Amsterdam en de projectgroep zoals genoemd bij de eerste studie. Van soortgelijke geriatrische screeningsinstrumenten is gebleken dat deze bewezen invloed hebben op het detecteren van verborgen geriatrische problemen en leidt tot aanvullende interventies en behandelingen (Kenis C, Bron D, Libert Y, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. <i>Annals of Oncology</i>. 2013; 24: 1306–12). Geriatrische evaluatie heeft daarnaast significante invloed op oncologische en niet-oncologische behandelbeslissingen in oudere kankerpatiënten. (Hamaker et al. 2013, <i>acta oncologica</i>, http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/0284186X.2013.840741)

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	Patiënten jonger dan 70 jaar

CONTACT

Website	http://www.gerionne.nl/producten/geriatric_navigator-51.html
Contactpersoon	Dr. Arlène Speelman, Integraal Kankercentrum Nederland, a.speelman@iknl.nl

48. Complexe zorg bij kanker



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	-
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Vals positieve uitslagen - Donorproblematiek - Mislukte operaties - Medische fouten
Zorgverleners	- Psycholoog/Psychotherapeut - Psychiater
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Face-to-face - Desgewenst met partner
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Palliatieve fase - Na de behandeling - Terminale fase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	In ontwikkeling
Verzekerde zorg?	In VUmc zijn er nog geen afspraken met zorgverzekeraars over psychooncologische zorgverlening
Opgenomen in een richtlijn?	-
Ontwikkelaar/aanbieder	VUmc

INTERVENTIE

Doel	Het doel van de thematische interventie is om de patiënt te helpen met het in kaart brengen van de problematiek, bv weerstand tegen behandeling of omgaan met vals positieve resultaten of omgaan met moeilijke behandelresultaten.
Omschrijving	-
Uitkomstmaat	Ontspanning en leren leven met de gevolgen van per abuis ontvangen slecht nieuws of leren leven met dat er geen chemotherapie wordt gegeven bij uitzaaing of leren geloven van de diagnose van de behandelend specialist.
Onderbouwing	-
Aanvullende informatie	Complexe zorg is een bekende term in de klinische praktijk, maar nog niet omschreven voor oncologische patiënten die distress ervaren die niet onder DSM-diagnoses vallen. Het is wel duidelijk dat deze zorg niet door maatschappelijk werk geboden kan worden of door artsen.

Wellicht wel door psychiaters, die echter veelal dan doorverwijzen naar psychologen/psychotherapeuten.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

-

Exclusie

Ernstige psychopathologie

CONTACT

Website

-

Contactpersoon

Dr. M van der Linden, VUmc, M.vanderLinden@vumc.nl

49. ROGY Care

Een persoonlijk zorgplan voor de patiënt



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	-
Vorm(en) van kanker	- Baarmoederkanker - Eierstokkanker
Probleemgebied/klacht	Informatievoorziening
Zorgverleners	- Gynaecologen - Oncologie-verpleegkundigen - Gynaecologisch oncologen
Vorm van interventie	- Individueel - Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelingsfase - Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	De interventie is in studieverband geïmplementeerd in 12 deelnemende ziekenhuizen.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Tilburg University, Integraal Kankercentrum Zuid

INTERVENTIE

Doel	Het genereren en aanbieden van een persoonlijk zorgplan ten behoeven van het verbeteren van de kwaliteit van leven, het maken van beter geïnformeerde keuzes, minder depressie en angstgevoelens, een grotere tevredenheid met de zorg, en een groter gevoel van controle.
Omschrijving	Een 'Survivorship Care Plan', ofwel 'persoonlijk zorgplan' biedt kankerpatiënten een formeel document met daarin gedetailleerde informatie over hun diagnose, behandeling, mogelijke korte- en langetermijn effecten, leefstijl suggesties, waar ze naartoe kunnen gaan voor hulp, en psychosociale signalering. Na de aanvankelijke behandeling verstrekt de gynaecoloog een papieren zorgplan aan de patiënt en neemt de tijd om alle items hierin door te nemen. Tijdens elke nazorg- afspraak van de patiënt en de gynaecoloog, ontvangt de patiënt een bijgewerkte versie van het zorgplan. Het papieren zorgplan wordt afgeleid uit het online registratiesysteem 'ROGY' (Registratiesysteem Oncologische GYnaecologie) en combineert persoonlijke patiënt- en ziektegegevens met informatie op maat die is gerelateerd aan de specifieke situatie van de patiënt.

	Alle eventuele wijzigingen worden geregistreerd in ROGY en worden automatisch bijgewerkt in het persoonlijke zorgplan.
Uitkomstmaat	Aanbieden van een persoonlijk zorgplan ten behoeve van het verbeteren van de informatievoorziening en daarmee de tevredenheid en kwaliteit van zorg en leven, ziekteperceptie, en zorggebruik.
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- 18 jaar of ouder - Gediagnosticeerd met endometrium- of ovariumcarcinoom.
Exclusie	- Borderline ovariumcarcinoom - Palliatief traject - Niet in staat een Nederlandstalige vragenlijst in te vullen.

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Kim Nicolaije, Tilburg University, k.a.h.nicolaije@uvt.nl

50. MIJN VRAGENHULP

Online hulpmiddel ten behoeve van voorbereiding poliklinisch gesprek



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Geen specifieke doelgroep
Vorm(en) van kanker	Slokdarmkanker
Probleemgebied/klacht	Geen specifiek probleemgebied/klacht
Zorgverleners	- Oncologische chirurg
Vorm van interventie	- Begeleid - Online
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, toekomstig onderzoek staat gepland ter verdere verfijning van 'Mijn Vragenhulp', en ter uitbreiding van de mogelijkheden, en het toetsen van de klinische toepasbaarheid van de uiteindelijke versie onder een grotere, representatieve groep patiënten met slokdarmkanker.
Verzekerde zorg?	-
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	AMC Amsterdam

INTERVENTIE

Doel	Mijn vragenhulp is een online hulpmiddel bij het voorbereiden van het eerste poliklinisch gesprek met de chirurg na operatie voor slokdarmkanker.
Omschrijving	De website 'Mijn Vragenhulp' wordt patiënten beschikbaar gesteld in de periode na hun operatie voor slokdarmkanker, maar vóór hun eerste controle consult met de chirurg. Patiënten kunnen thuis de website gebruiken om ter voorbereiding op het controle consult een eigen 'boodschappenlijst' te maken met vragen die ze aan de chirurg willen stellen. Patiënten kunnen via de website in een reeks voorbeeldvragen die vragen of onderwerpen aankruisen waar ze het met de chirurg over willen hebben. Patiënten kunnen deze lijst desgewenst aanvullen met eigen vragen. De website stelt vervolgens een persoonlijke lijst met vragen samen, gebaseerd op de keuzes van de patiënt. Vervolgens kan de patiënt deze vragen rangschikken op volgorde van prioriteit, de lijst printen en meenemen naar het consult en gebruiken als gespreksagenda. Bovendien kan de patiënt de vragenlijst desgewenst voor het consult per e-mail naar de chirurg sturen. Zo weet de chirurg al vóór het consult wat de patiënt wil bespreken.

Uitkomstmaat	Patiënten met slokdarmkanker stimuleren en helpen om tijdens het consult met hun chirurg meer vragen te stellen om zodoende hun kwaliteit van leven onderwerp van gesprek te maken.
Onderbouwing	Eerdere, internationale studies waarin een papieren versie van een vragenhulp werd gebruikt tijdens de diagnose / voor de behandeling lieten zien dat patiënten een vragenhulp als nuttig ervaren. Bovendien hielp de vragenhulp hen bij het stellen van (meer) vragen over onderwerpen die over het algemeen als confronterend of beangstigend worden ervaren, bijvoorbeeld over de prognose. Het consult duurde door het gebruik van een vragenlijst niet langer. Ook bleek de interventie alleen effectief, wanneer de arts de patiënt expliciet uitnodigt om de vragenhulp te gebruiken.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Patiënten die zijn geopereerd voor slokdarmkanker en die beschikken over een computer/tablet met internet.
Exclusie	-

CONTACT

Website	www.mijnvragenhulp.nl
Contactpersoon	Marc Jacobs, medisch psychologisch onderzoeker, Afdeling Medische Psychologie, Academisch Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam, m.jacobs@amc.uva.nl

51. De GIOCA-dag

Online voorbereiding van oudere patiënt op onderzoek en diagnose



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Ouderen (70+)
Vorm(en) van kanker	Colorectale kanker
Probleemgebied/klacht	Iedereen die op de GIOCA poli komt voor diagnose wordt geïnccludeerd, omdat het doel van de interventie is om patiënten beter voor te bereiden op deze dag specifiek onafhankelijk van specifieke klachten of problemen van de patiënt zelf.
Zorgverleners	Voorafgaand aan het bezoek aan de GIOCA polikliniek worden patiënten via een uitnodigingsbrief op de interventie gewezen via een link naar de website.
Vorm van interventie	- Individueel - Onbegeleid - Online
Fase in ziekte proces	Diagnose en behandelfase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, wordt in onderzoeksverband in 2014 geïmplementeerd.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	De online interventie is ontwikkeld door de afdeling Communicatiewetenschap (prof. dr. Eugène Loos, dr. Julia van Weert) en de afdeling Medische Psychologie (prof. dr. Hanneke de Haes, dr. Ellen Smets) van de Universiteit van Amsterdam in samenwerking met de GIOCA polikliniek en wordt aangeboden door de GIOCA polikliniek.

INTERVENTIE

Doel	Deze online interventie heeft als doel oudere patiënten met kanker beter voor te bereiden op de onderzoeken die zij tijdens de 'GIOCA-dag' krijgen en het stellen van de diagnose. Daarmee beogen we onder andere stress en angst te verminderen en informatieverwerking te bevorderen.
Omschrijving	Deze interventie heeft als doel oudere patiënten met kanker beter voor te bereiden op de onderzoeken die zij tijdens de 'GIOCA-dag' krijgen en het stellen van de diagnose. Het doel is om verbetering te bereiken ten aanzien van stress en angst, (tevredenheid met de) communicatie, informatieverwerking en gedeelde besluitvorming.

	Voordat patiënten worden uitgenodigd op de GIOCA-poli ontvangen zij een informatiebrief over de interventie en een link naar de bijbehorende website. Via deze website kunnen patiënten lezen over de GIOCA-dag in de breedste zin (bijv. over wat er tijdens de dag gebeurt maar ook wat mogelijke uitslagen kunnen zijn van de diagnostische testen). Een belangrijk element van de online interventie is dat de website zo is ontworpen dat patiënten zelf de manier waarop de informatie wordt aangeboden (zoals alleen tekst, tekst met illustraties en/of video) kunnen aanpassen aan hun eigen voorkeur. Het effect van deze website op het verminderen van stress en angst en het bevorderen van informatieverwerking wordt momenteel onderzocht.
Uitkomstmaat	Met deze interventie trachten wij oudere patiënten met colorectale kanker de 'GIOCA-dag' optimaal voor te bereiden aan de hand van de online interventie. De website is zo ontworpen dat patiënten zelf de manier waarop de informatie wordt aangeboden (zoals alleen tekst, tekst met illustraties en/of video) kunnen aanpassen aan hun eigen voorkeur. Hiermee wordt beoogd stress en angst te verminderen, en (tevredenheid met de) communicatie, informatieverwerking en gedeelde besluitvorming te bevorderen.
Onderbouwing	Deze interventie is gebaseerd op wetenschappelijk studies naar de effectiviteit van a) hoe informatie het best aangeboden kan worden en b) het op maat maken (tailoring) van informatie voor oudere patiënten. Daarbij bedoelen wij met de manier van presenteren de modaliteit (mode) waarop informatie aangeboden kan worden (zoals tekst, tekst met illustraties en/of video). Uit eerder onderzoek is gebleken dat de toevoeging van illustraties van invloed kan zijn op de tevredenheid met de informatie¹ en audiovisuele informatie de mate waarin informatie onthouden wordt kan beïnvloeden². We weten echter ook uit eerder onderzoek dat wanneer ouderen mogen kiezen uit verschillende modaliteiten er geen overeenstemming blijkt in deze groep³. Daarom is het van belang de diversiteit van ouderen te erkennen en hen keuzemogelijkheden voor verschillende modaliteiten aan te bieden om zo optimaal te kunnen profiteren van online informatie. ¹Bol, N. et al. (2013). <i>Using cognitive and affective illustrations to enhance older adults' website satisfaction and recall of online cancer-related information</i>. <i>Health Communication. Advance online publication</i>. doi:10.1080/10410236.2013.771560 ²Bol, N. et al. (2013). <i>Do videos improve website satisfaction and recall of online cancer-related information in older lung cancer patients? Patient Education and Counseling</i>, 92, 404-412. doi: 10.1016/j.pec.2013.06.004 ³Soroka, A. J. et al. (2006). <i>User choices for modalities of instructional information</i>. Paper presented at the 2006 IEEE International Conference on Industrial Informatics, pp. 411-416.
Aanvullende informatie	GIOCA staat voor Gastro-Intestinaal Oncologisch Centrum Amsterdam en is een multidisciplinaire polikliniek waar verschillende specialismen hun krachten bundelen om binnen één dag tot een diagnose te komen voor de patiënten die naar deze polikliniek komen voor de zogenaamde GIOCA-dag. Deze GIOCA polikliniek is onderdeel van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Informed consent getekend hebben - Doorverwezen zijn naar de GIOCA poli voor diagnostisch onderzoek voor colorectale kanker - 18 jaar of ouder zijn - De Nederlandse taal voldoende beheersen - Geen cognitieve beperkingen hebben volgens medische status - Toegang hebben tot een computer met internet.
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	- Nadine Bol, Amsterdam School of Communication Research (ASCoR), Universiteit van Amsterdam n.bol@uva.nl - Julia van Weert, j.c.m.vanweert@uva.nl

52. De Patiënt Navigator

Ondersteuning van de oudere patiënten tijdens ziekteproces



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen (70+)
Vorm(en) van kanker	Patiënten met colorectale kanker
Probleemgebied/klacht	- Overzicht over het behandelproces: Wat gaat er gebeuren, door wie, wanneer, waar en hoe? - Hulp bij voorbereiden op consulten en nemen van beslissingen - (Na)zorg in de thuissituatie – praktische informatie
Zorgverleners	Verpleegkundige
Vorm van interventie	Online
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandel fase - Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, de meerwaarde van de interventie wordt momenteel onderzocht in een implementatieproject, samen met de meerwaarde van de Geriatric Navigator.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Afdeling Communicatiewetenschap van de Universiteit van Amsterdam in samenwerking met de afdeling Medische Psychologie van het AMC/UvA, IKNL en het Haga Ziekenhuis

INTERVENTIE

Doel	Oudere patiënten met kanker (≥ 70 jaar) ondersteunen tijdens de diagnostische, behandeling- en nazorgfase bij het creëren van overzicht, het voorbereiden op consulten, het nemen van beslissingen en het verkrijgen van praktische hulp.
Omschrijving	De Patiënt Navigator bestaat uit drie pijlers 1. Overzicht over het behandelproces: Wat gaat er gebeuren, door wie, wanneer, waar en hoe? Deze pijler bevat een overzicht over hoe het behandelproces er uit ziet. In verschillende video's worden de onderzoeken en behandelingen uitgelegd die de patiënt gaat krijgen. Voor patiënten die diepgaandere informatie over de onderzoeken en behandeling willen krijgen zullen in de Patiënt Navigator links opgenomen worden naar andere websites met betrouwbare informatie.

	2. Hulp bij het voorbereiden op consulten en nemen van beslissingen Deze pijler bevat praktische handvatten waarmee de patiënt en/of een naaste zich voor kunnen bereiden op consulten en geholpen kunnen worden bij het nemen van beslissingen, bijvoorbeeld door checklists te gebruiken waarop men kan aankruisen welke onderwerpen hij/zij graag wil bespreken tijdens het consult. Daarnaast worden een of meer hulpmiddelen opgenomen die de patiënt en/of naaste kunnen ondersteunen bij het nemen van beslissingen. 3. (Na)zorg in de thuissituatie Veel patiënten hebben een grote behoefte aan praktische informatie. Bijvoorbeeld informatie over diensten aan huis wanneer men uit het ziekenhuis ontslagen is. Daarnaast kan informatie uitgebreid worden met informatie over medische zorg en nazorg in de regio van het ziekenhuis. De Patiënt Navigator vormt samen met de Geriatric Navigator het geriatrisch oncologische zorgpad.
Uitkomstmaat	- Verbeteren van informatievoorziening aan oudere patiënten met kanker. - Verbeteren van de communicatie tijdens consulten. - Invloed hebben op emotionele (angst), relationele (tevredenheid met de zorgverlener, zelfvertrouwen in de communicatie met de zorgverlener) en cognitieve (herinneren van informatie) patiëntenuitkomsten en op zelfmanagement.
Onderbouwing	Momenteel wordt de meerwaarde van de Patiënt Navigator onderzocht in een implementatieproject, samen met de meerwaarde van de Geriatric Navigator Voor ouderen met kanker is het belangrijk om informatie op verschillende manieren aan te bieden, onder andere door interpersoonlijke communicatie (bijv. arts-patiënt communicatie) aan te vullen met gemedieerde communicatie (bijv. een eHealth website). Dit vergroot de kans dat informatie goed wordt verwerkt. De Patiënt Navigator is daarom een online tool. Uit eerder onderzoek weten we dat wanneer informatie wordt gegeven d.m.v. een videoboodschap, verteld uit het perspectief van de patiënt, dit aantrekkelijker gevonden wordt door ouderen en beter onthouden wordt dan de standaard, geschreven manier van informatie presenteren op een website. Daarom wordt met de Patiënt Navigator gebruik gemaakt van videoboodschappen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van een Question Prompt List (QPL), dat wil zeggen een checklist waarop de patiënt van tevoren aan kan geven welke onderwerpen hij of zij wil bespreken tijdens het consult. Het gebruik van een QPL is effectief gebleken, met name in het verhogen van patiëntenparticipatie door het stellen van vragen, en dit is ook bij oudere kankerpatiënten gevonden⁵. Door een dergelijke checklist online aan te bieden kan de zorgverlener tevoren geïnformeerd worden over de onderwerpen die de patiënt wil bespreken, hetgeen door zowel patiënten als zorgverleners prettig gevonden wordt⁶. Daarnaast bevat de Patiënt Navigator een Decision Support Tool, dat patiënten kan helpen bij het nemen van beslissingen. Online decision support tools zijn effectief gebleken bij jongere doelgroepen. De derde pijler richt zich op praktische informatie tijdens de behandeling en de nazorgperiode. De behoefte aan dit soort informatie is één van de meest on vervulde informatiebehoeften van ouderen met kanker. Ook op een website vinden zij praktische informatie erg belangrijk. De verwachting is dat praktische informatie patiënten kan helpen bij hun zelfmanagement. Referenties zijn op te vragen bij de contactpersoon.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Dr. J. C. M. van Weert, Amsterdam School of Communication Research/ ASCoR, Universiteit van Amsterdam, j.c.m.vanweert@uva.nl

53. Interventie gericht op gedeelde besluitvorming voor patiënt en arts in palliatieve oncologie

“Ik ben niet terminaal, maar ik kan niet herstellen, dat weet ik heel goed. En dan is het zo dat je dan elke keer moet kiezen tussen kwaliteit van leven en kwantiteit. En dat vind ik een hele ingewikkelde keuze.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen
Vorm(en) van kanker	Patiënten met ongeneeslijke kanker met een mediane overleving van <1 jaar.
Probleemgebied/klacht	Besluitvorming over palliatieve chemotherapie
Zorgverleners	Geen, betreft zelfmanagement.
Vorm van interventie	Onbegeleid (vragenhulp voor patiënten)
Fase in ziekte proces	Palliatieve fase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, de interventies moeten nog worden ontwikkeld, de effectstudie moet nog starten.
Verzekerde zorg?	Geen verzekerde zorg.
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	AMC Amsterdam

INTERVENTIE

Doel	Het doel van deze patiëntgerichte en oncoloogerichte interventie is de gedeelde besluitvorming over palliatieve chemotherapie te bevorderen. De interventies beogen de communicatievaardigheden van zowel artsen als patiënten te versterken en de focus van de communicatie te verschuiven naar levenseindekwesties.
Omschrijving	De patiëntgerichte interventie bestaat uit een beslissingsgeoriënteerde ‘Vragenhulp’, een boekje dat patiënten kunnen gebruiken om een consult over de behandeling voor te bereiden. De oncoloogerichte interventie bestaat uit een training gericht op gedeelde besluitvorming in de palliatieve oncologie.
Uitkomstmaat	Primaire uitkomst is de mate van gedeelde besluitvorming zoals geobserveerd in een besluitvormingsconsult over palliatieve chemotherapie. Secundaire uitkomsten omvatten o.a. kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.
Onderbouwing	Er is (internationale) evidentie voor het positieve effect van een vragenhulp en van communicatievaardigheidstrainingen.

De effectiviteit van de toepassing van dergelijke interventies ter verbetering van de besluitvorming over palliatieve chemotherapie zal in een multi-center trial worden onderzocht (2014-2018).

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

Patiënten met ongeneeslijke kanker met een mediane overleving van <1 jaar, die de oncoloog of voor de eerste keer of voor een behandelingsevaluatie bezoeken.

Exclusie

-

CONTACT

Website

-

Contactpersoon

Inge Henselmans, AMC Medische Psychologie, I.Henselmans@amc.uva.nl

54. PatiëntTIME

Online communicatie training voor (non-)Hodgkinlymfoom patiënten

“De filmpjes ervaar ik als plezierig, die helpen mij zeker op weg”

“Ik ervaar het ook als prettig dat je de volgende dag voor jezelf de dingen nog een keer op een rijtje kan zetten”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen	
Vorm(en) van kanker	(Ex)patiënten met een (non-) Hodgkin lymfoom	
Probleemgebied/klacht	-	
Zorgverleners	Online interventie waarbij patiënten zonder tussenkomst van een zorgverlener de aangeboden informatie kunnen doornemen.	
Vorm van interventie	- Individueel - Onbegeleid	- Online
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandel fase - Palliatieve fase - Wait-and-see fase	- Na de behandeling - Terminale fase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	De interventie is nu in een besloten omgeving geïmplementeerd om de effecten te kunnen meten.	
Verzekerde zorg?	-	
Opgenomen in een richtlijn?	-	
Ontwikkelaar/aanbieder	NIVEL	

INTERVENTIE

Doel	Deze online zelfhulpinterventie heeft als doel patiënten te ondersteunen en voor te bereiden op gesprekken met zorgverleners.
Omschrijving	De online interventie bevat informatie over communicatie met zorgverleners. De aangeboden informatie is afgestemd op de persoonlijke behoefte van de gebruiker en de informatie kan voor elk nieuw consult opnieuw aangepast worden. De interventie bevat video fragmenten van gesimuleerde consulten. De fragmenten zijn gecentreerd rondom de barrières die patiënten hebben aangegeven te ervaren in communicatie.
Uitkomstmaat	Deze online zelfhulpinterventie heeft als doel patiënten te ondersteunen en voor te bereiden op gesprekken met zorgverleners. Daarbij wordt gekeken naar de verwachte en ervaren effectiviteit van de communicatie, patiënttevredenheid en recall van de informatie.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

- Diagnose Hodgkin of Non-Hodgkin
- Minimaal 1 (controle) bezoek aan zorgverlener binnen 12 maanden na inschrijving onderzoek
- >18 jaar.

Exclusie

-

CONTACT

Website

-

Contactpersoon

Inge van Bruinessen, NIVEL, i.vanbruinessen@nivel.nl

55. Ondersteuning bij besluitvorming



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Adolescenten - Naasten	- Volwassenen
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	-	
Zorgverleners	Maatschappelijk werker	
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - In de vorm van relatie gesprekken/gesprekken waarin naaste ook betrokken wordt	
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandel fase - Palliatieve fase	- Na de behandeling - Bij erfelijke belasting
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.	
Verzekerde zorg?	De begeleiding die wij bieden zit in de overhead, het kan ook zo zijn dat deze begeleiding wordt geboden binnen de revalidatie, dan wordt het gefinancierd middels een RBU	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	NKI-AVL	

INTERVENTIE

Doel	Patiënt en/of hun naasten hebben zicht op de dilemma's die in dit proces een rol spelen en kan op basis van een weloverwogen afweging een keuze maken. Patiënt en/of hun naasten hebben het keuzeproces gereconstrueerd, hebben zicht op de dilemma's die in dit proces een rol gespeeld hebben en kunnen zich op een voor hem / haar / hen passende manier verhouden tot de eerder gemaakte keuze.
Omschrijving	Deze interventie is voor patiënten en/of hun naasten die keuzes moeten maken aangaande hun eigen behandeling of gezondheidstoestand. En voor patiënten en/of hun naasten die achteraf, als de keuze reeds is gemaakt en de behandeling heeft plaatsgevonden, worden geconfronteerd met de legitimering van de gemaakte keuzes.

	Werkwijze/activiteiten De medische en verpleegkundige informatie met betrekking tot de voor- en nadelen van de voorgestelde behandelingsmogelijkheden wordt gegeven door artsen, verpleegkundigen en andere professionals. Zij bespreken ook de afwegingen met patiënt en/of hun naasten. Het maatschappelijk werk wordt in consult gevraagd als de afwegingsproblematiek voor patiënt en/of hun naasten complex is en / of wanneer deze emotionele belemmeringen ervaart die het maken van een weloverwogen keuze in de weg staan. Daarnaast wordt het maatschappelijk werk in sommige gevallen protocollair in consult gevraagd. In deze gesprekken wordt ruimte geboden voor het benoemen van ambivalentie ten opzichte van keuzes die gemaakt worden of gemaakt zijn. Daarbij worden handvatten geboden om tot een keuze te komen en/of inzicht hierin te verschaffen. Wanneer de keuze al gemaakt is, is het doel zicht te krijgen op de dilemma's in het keuzeproces om het uiteindelijk te kunnen verwerken. Tijdens dit keuzeproces vindt zo nodig terugkoppeling plaats naar de behandelaar(s), in overleg met patiënt en/of naasten Duur: in principe maximaal 5 gesprekken
Uitkomstmaat	Patiënt en/of naasten zijn in staat een passende, weloverwogen keuze te maken/ besluit te nemen.
Onderbouwing	-
Aanvullende informatie	De interventie is toegeschreven naar de psychosociale oncologie door het maatschappelijk werk van het AVL-NKI vanuit MOVISIE 'Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in UMC's 2007 en in de algemene ziekenhuizen 2009; Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening' Bij het uitvoeren van deze module is het ziekenhuis – en dus ook het medisch maatschappelijk werk – gebonden aan juridische kaders. In het geval de patiënt niet in staat is om zelf keuzes te maken, kan deze module alleen worden aangeboden aan naasten die wettelijk gezien bevoegd zijn om beslissingen te mogen nemen aangaande de gezondheidssituatie of behandeling van de patiënt. Bij deze module is specifieke Psycho educatie over besluitvorming die kan worden ingezet.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	-

CONTACT

Website	www.movisie.com
Contactpersoon	Elly Kaats, maatschappelijk werker en Yvonne de Rooij, maatschappelijk werker, NKI-AVL

56. A-WORK

Ondersteuning bij terugkeer naar werk



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Geen specifieke doelgroep
Vorm(en) van kanker	Geen specifieke vorm van kanker
Probleemgebied/klacht	Werkhervatting
Zorgverleners	- Fysiotherapeut - Bedrijfsarts gespecialiseerd in oncologie
Vorm van interventie	- Begeleid - Face-to-face - Individueel - Groepsverband
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelingsfase - Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Binnen eigen instituut en daarbuiten
Verzekerde zorg?	Aanvullende verzekering, bij alle verzekeraars
Opgenomen in een richtlijn?	In de richtlijn oncologische revalidatie
Ontwikkelaar/aanbieder	AMC Amsterdam

INTERVENTIE

Doel	Deze klinische interventie heeft als doel om kankerpatiënten te ondersteunen bij hun terugkeer naar werk door het geven van adviezen voor werkgerelateerde problemen en door fitheid te bevorderen.
Omschrijving	De interventie bestaat uit twee onderdelen: - Eén tot drie gesprekken met een bedrijfsarts gespecialiseerd in oncologie over de gevolgen van kanker voor werk en de mogelijkheden voor geleidelijke werkhervatting. De bedrijfsarts geeft onafhankelijk advies, op basis van o.a. gegevens over de fitheid van de patiënt. - Een matig tot hoog intensief trainingsprogramma bestaande uit interval- en krachttraining. De training is twee keer per week een uur, twaalf weken lang, onder begeleiding van een ervaren fysiotherapeut. Voor en na de interventie neemt de sportarts een maximaaltest af.
Uitkomstmaat	Terugkeer naar werk en / of behoud van werk ondersteunen.
Onderbouwing	-

Aanvullende
informatie

De haalbaarheidsstudie is afgerond. Hierna zal in 2014-2015 een implementatiestudie volgen.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie

Werkenden

Exclusie

-

CONTACT

Website

<http://www.a-care.org/het-onderzoek/subprogramma-2/>

Contactpersoon

Dr. A de Boer, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam,
a.g.deboer@amc.nl

57. RE-CAP

Ondersteuning en bevordering van werkhervatting voor mensen zonder arbeidscontract



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Mensen zonder arbeidscontract die in de Ziektewet of de WIA zitten	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	Werkhervatting	
Zorgverleners	- Re-integratiecoaches - Job hunters	
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid	- Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Na de behandeling - Palliatieve fase	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Er wordt nog gewacht op de verdere resultaten. Wanneer de interventie geïmplementeerd zou worden zal dat waarschijnlijk bij UWV gebeuren, en niet direct in de klinische praktijk.	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	VU medisch centrum, EMGO+ Instituut, Re-turn, Agens en Olympia	

INTERVENTIE

Doel	Het doel van deze interventie is om werkhervatting te bevorderen bij mensen die behandeld zijn voor kanker en geen arbeidscontract (meer) hebben.
Omschrijving	Er is sprake van een psychosociale interventie die gericht is op het bevorderen van werkhervatting voor mensen die behandeld zijn voor kanker, zonder arbeidscontract. De ondersteuning die een deelnemer krijgt is altijd maatwerk. In de interventie wordt uitgegaan van de positie die de deelnemer heeft in het proces naar werkhervatting. Dat kan zijn door aan de voorkant van het proces de deelnemer voor te bereiden op werk d.m.v. coaching en het lichamelijk en mentaal weer activeren van werkvermogen, en door meer aan de achterkant van het proces te ondersteunen bij het vinden van een passende werkplek en ook parallelle begeleiding op de werkplek te bieden.
Uitkomstmaat	(Duurzame) werkhervatting of verkorten van tijd tot duurzame werkhervatting. Waarbij duurzame werkhervatting wordt gedefinieerd als 28 dagen werken volgens de gemaakte afspraken.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Tussen de 18 en 60 jaar oud zijn - Een primaire diagnose kanker hebben - Met deze diagnose geregistreerd staan bij UWV als reden voor hun ziekteverlof - Het ziekteverlof minimaal 6 en maximaal 60 maanden geleden aangevangen is - Bij UWV geregistreerd staan als vangnetter - Een uitkering uit de Ziektewet/WIA ontvangen vanwege hun diagnose kanker; - Hun gezondheidsstatus hen toestaat om deel te nemen (gebaseerd op zelf-rapportage van de patiënt) - Er geen sprake is van comorbiditeiten, bijvoorbeeld ernstige lichamelijke of psychische aandoeningen (gebaseerd op rapportage door de huisarts) - Indien een patiënt nog intensieve behandeling(en) (chemotherapie, radiotherapie, operatie, een combinatie van deze of andere intensieve curatieve behandelingen) ondergaat voor de diagnose kanker zal hij of zij geïnccludeerd worden, minimaal 6 weken na het afronden van de behandeling(en). Patiënten die binnen het komende half jaar een dergelijke behandeling verwachten te ondergaan, vallen ook onder dit criterium.
Exclusie	- Ernstige comorbiditeit die deelname aan het interventieprogramma onmogelijk maakt - Ernstige psychiatrische aandoeningen - Zwangerschap - Indien de Nederlandse taal niet beheerst wordt - Indien er een conflict is tussen de persoon en UWV aangaande eerdere claims; - Indien zij al deelnemen aan, of aangemeld zijn voor, een vergelijkbaar re-integratieprogramma en/of onderzoek

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	M.P. van Egmond MSc, VU medisch centrum. ma.vanegmond@vumc.nl

58. Cognitieve gedragstherapeutische interventie gericht op seksuele revalidatie na gynaecologische kanker

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Vrouwen - Patiënten (en hun partner) behandeld met RT voor gynaecologische kanker.
Vorm(en) van kanker	Gynaecologische kanker (behandeld met RT)
Probleemgebied/klacht	(Preventie van) seksuele problemen
Zorgverleners	- Psycholoog/ psychotherapeut/ seksuoloog - Radiotherapeut-oncoloog/ gynaecoloog-oncoloog - Verpleegkundige De interventie wordt uitgevoerd door een gespecialiseerd oncologieverpleegkundige met een seksuologische training van ten minste 50 uur en wordt gesuperviseerd door een ervaren GZ-psycholoog-seksuoloog
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee
Verzekerde zorg?	Nee, de interventie wordt momenteel gedeeltelijk betaald door de ziekenhuislocaties en gedeeltelijk gesubsidieerd door het KWF Kankerbestrijding & Fonds Alpe d'Huzes (UL 2011-5245).
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	De interventie is ontwikkeld door de afdelingen Gynaecologie en Radiotherapie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in samenwerking met de afdelingen Radiotherapie en Gynaecologie van het Erasmus Medisch Centrum-Kanker Instituut te Rotterdam

INTERVENTIE

Doel	Deze cognitieve gedragstherapeutische (CGT) interventie richt zich op het verbeteren van het seksuele herstel na behandeling met radiotherapie (RT) voor gynaecologische kanker. Omdat het gebruik van vaginale pelottes, ter preventie van verklevingen, een primair onderdeel is van deze interventie, richt de behandeling zich in eerste instantie op acceptatie en gebruik van pelottes. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de seksualiteit.
Omschrijving	De interventie bestaat uit 5 gesprekken, die plaatsvinden 1, 2, 3, 6 en 12 maanden na de laatste RT. Een eventuele partner wordt uitgenodigd deel te nemen aan de behandeling. Naast psycho-educatie over de specifieke kankerdiagnose en behandeling, de seksuele gevolgen daarvan en het belang van het gebruik van vaginale pelottes ten behoeve van het seksuele herstel, wordt patiënte begeleid bij het gebruik van vaginale pelottes en het hervatten van de seksualiteit. Het behandelprotocol bestaat uit een algemeen gedeelte. Daarnaast zijn er specifieke modules die gebruikt kunnen worden wanneer dit geïndiceerd is. Tijdens het algemene gedeelte (het eerste gesprek) wordt de rationale van de behandeling uitgelegd, waarbij aandacht is voor pelottegebruik in de thuissituatie. Patiënte wordt geadviseerd om thuis 2-3 keer per week, 5 minuten pelottes te gebruiken gedurende 9-12 maanden na de behandeling met RT.

	De specifieke modules die in de vervolggesprekken aan de orde komen zijn afhankelijk van het beloop van de behandeling. Modules behandelen o.a. ambivalentie gevoelens rondom pelottegebruik; angst bij pelottegebruik; (problemen met) hervatten van seksualiteit (o.a. problemen met zin, opwinding en pijn, orgasme) en seksuele problemen van de partner. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van evidence-based CGT interventies. Patiënte krijgt een pelotte-set en een voorlichtingsfolder tijdens het eerste gesprek.
Uitkomstmaat	De CGT interventie beoogt het seksueel functioneren te verbeteren, met name van patiënten die zijn behandeld met uitwendige en inwendige RT voor gynaecologische kanker, door het verminderen van seksuele klachten, zoals bijvoorbeeld pijn bij gemeenschap en het verminderen van het ervaren van seksuele distress.
Onderbouwing	De behandeling van gynaecologische kanker, met name de combinatie van uitwendige en inwendige RT, heeft grote gevolgen voor het seksueel functioneren. Vaak gerapporteerde klachten zijn verminderde zin en satisfactie, pijn bij de gemeenschap en vaginale klachten als vernauwing en verkorting van de vagina en vaginale droogheid. Ondanks het ontbreken van empirisch bewijs zijn experts het erover eens dat regelmatig gebruik van vaginale pelottes de beste manier is om vernauwing en verkorting van de vagina zoveel mogelijk te voorkomen. Het gebruik van pelottes wordt daarom wereldwijd geadviseerd na RT in het bekken. Ook in Nederland is er consensus onder behandelaren dat pelotte gebruik in het eerste jaar na RT, gewenst is bij patiënten die behandeld zijn met RT voor gynaecologische kanker (Bakker et al., submitted). Er zijn aanwijzingen vanuit twee kleine RCT studies dat een kortdurende cognitieve gedragstherapie (CGT) compliance met betrekking tot het gebruik van pelottes kan vergroten en angst voor seksuele activiteit kan verlagen (19, 20). Beide studies vergeleken de compliance met het gebruik van vaginale pelottes na RT voor gynaecologische kanker tussen een groep vrouwen die een CGT interventie van twee groepsgesprekken tijdens de behandeling en een controle interventie. De interventies bestonden uit psycho-educatie over seksualiteit en kanker, het belang van het regelmatig gebruik van vaginale pelottes, en hoe seksuele problemen te voorkomen na de behandeling. In de groepszittingen werd met elkaar gepraat over welke seksuele problemen en barrières (op het gebied van pelotte gebruik, glijmiddel gebruik en angst rondom het hervatten van seksuele activiteit) de vrouwen ervoeren. Uit beide studies bleek dat de CGT interventie groep de pelottes vaker volgens de instructie van drie keer per week gebruikte dan de controle groep. Echter, na 6 maanden was de compliance van de vrouwen lager dan na RT en na 18 maanden waren alle vrouwen gestopt met het gebruik van pelottes. Vrouwen die de CGT interventie hadden gehad bleken ongeacht hun leeftijd, na de behandeling significant minder angst voor seksualiteit te hebben in vergelijking met de controle interventie na 12 maanden. Er werden geen verschillen geobserveerd in het seksueel functioneren tussen de groepen bij 6 of 12 maanden, noch gerapporteerd of er vaginale veranderingen plaatsvonden. Op basis van deze twee kleine RCT's kunnen we concluderen dat dergelijke CGT interventies tijdens RT de compliance van het pelotte gebruik verhoogt tot 6 maanden na de behandeling en het angst voor seksualiteit vermindert tot een jaar na de behandeling. Daarentegen is uit deze onderzoeken niet gebleken dat een dergelijke interventie het seksueel functioneren meer verbetert in vergelijking met een controle interventie. Verklaringen voor het uitblijven van effecten op seksueel functioneren zijn dat 1) pelottetherapie slechts gericht is op het tegengaan van vaginale verklevingen en niet op andere psychosociale en somatische aspecten van seksueel functioneren en 2) de CGT interventie zich enkel richt op de vrouw zelf. <i>Referenties zijn op te vragen bij de contactpersoon.</i>
Aanvullende informatie	Momenteel vindt een pilot-test van de interventie plaats, gesubsidieerd door KWF Kankerbestrijding & Fonds Alpe d'Huzes (UL 2011-5245) waarmee wordt onderzocht of deze interventie acceptabel is voor patiënten en behandelaren en toepasbaar is in de klinische praktijk. Als blijkt dat deze interventie acceptabel en toepasbaar is, zal er aanvullende financiering worden gezocht voor een gerandomiseerde multicenter studie waarbinnen we willen onderzoeken of de toevoeging van deze CGT-interventie (kosten)-effectiever is dan dagelijks medische zorg in het verbeteren van het seksueel functioneren van vrouwen die behandeld zijn met RT voor gynaecologische kanker.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Vrouwen die behandeld zijn met (uitwendige en inwendige) RT voor gynaecologische kanker, de wens hebben om seksualiteit te behouden in de toekomst en de Nederlandse taal voldoende beheersen
Exclusie	Vrouwen met ernstige psychiatrische problematiek en interesse in de behandeling, moeten voor een vergelijkbare behandeling worden doorverwezen naar een ervaren psycholoog en/of seksuoloog.

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	R.M. Bakker, MSc, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), afdeling Gynaecologie, R.M.Bakker@lumc.nl

59. KIS

Kanker, Intimiteit en Seksualiteit

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Vrouwen
Vorm(en) van kanker	Mammacarcinoom/borstkanker
Probleemgebied/klacht	Problemen met seksualiteit
Zorgverleners	Psycholoog/Psychotherapeut
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Online
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, nog niet. Momenteel wordt deze internetinterventie getest in een gerandomiseerde studie die zal lopen tot en met november 2016. Bij gebleken effectiviteit kan de internetinterventie actief worden aangeboden in de klinische praktijk.
Verzekerde zorg?	Nee. De interventie wordt op dit moment alleen in onderzoeksverband aangeboden.
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Deze interventies is ontwikkeld door Het Antoni van Leeuwenhoek in samenwerking met Virenze BV (een GGZ-instelling in Utrecht).

INTERVENTIE

Doel	De aangeboden behandeling is cognitieve gedragstherapie via internet voor problemen met seksualiteit en intimiteit, en is gericht op het leren van strategieën om beter met deze problemen om te gaan en deze problemen te verlichten. De nadruk van het programma ligt op problemen met seksualiteit en intimiteit, maar ook bijvoorbeeld lichaamsbeeld en zelfbeeld komen aan de orde.
Omschrijving	De behandeling wordt begeleid door een persoonlijke, vaste seksuoloog. Binnen het programma zijn tien verschillende behandelmodules beschikbaar, waarvan voor elke vrouw ongeveer vier of vijf modules worden gekozen die aansluiten bij de specifieke problemen. Elke module bevat interventies, welke zijn opgebouwd uit de volgende elementen: 1) inleiding, 2) psycho-educatie over de symptomen, 3) "huiswerk" opdrachten en 4) rapportage aan en feedback van de seksuoloog. De informatieteksten en 'huiswerkopdrachten' worden zo gekozen dat zij aansluiten bij de specifieke problemen van de betreffende vrouw. Informatieteksten gaan bijvoorbeeld over het ontstaan van problemen met seksualiteit en intimiteit, en in stand houdende factoren. Ook is er aandacht voor het ontstaan van opwinding, wat de wensen en grenzen zijn op seksueel gebied, en hoe gedachten remmend of stimulerend kunnen werken tijdens seks. 'Huiswerk oefeningen' zijn bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, sensate focus oefeningen of concentratieoefeningen waarbij wordt geoefend met het richten en behouden van de aandacht. Als een vrouw een relatie heeft, kan een deel van de behandeling zich richten op communicatie en contact met de partner. De duur van de behandeling is ongeveer 20 weken. Het is de bedoeling dat elke week via internet contact plaatsvindt met de seksuoloog.

	De tijdsinvestering per week bedraagt ongeveer 1,5 uur (30 minuten lezen van informatieteksten, 30 minuten voor opdrachten en 30 minuten voor schrijven aan de seksuoloog).
Uitkomstmaat	Verbetering van het seksuele functioneren en intimiteit met de partner En daarnaast een verbeterd lichaamsbeeld en relationele satisfactie, minder menopauzale symptomen, psychologische distress en een betere kwaliteit van leven.
Onderbouwing	Ongeveer de helft van de vrouwen die zijn behandeld voor borstkanker ervaren seksuele problemen¹⁵⁻¹⁹ en ongeveer de helft van deze groep heeft interesse in het ontvangen van professionele hulp voor deze klachten^{17,20,21}. Ondanks dat een effectieve behandeling voorhanden is, zijn er weinig vrouwen die een face-to-face behandeling voor seksuele klachten ondergaan²⁰. Mogelijk ervaren vrouwen face-to-face therapie als te confronterend^{2,9}. Er is groeiend bewijs dat cognitieve gedragstherapie via internet verschillende soorten psychische problemen effectief kan behandelen (bijv. angst, depressie, post-traumatische stressstoornis en, meer recentelijk, seksuele disfuncties)^{3,4,5}. Therapie via internet biedt verschillende voordelen, waaronder relatief lage kosten, gemak, toegankelijkheid en privacy^{3,4,5}. Binnen de KIS studie wordt momenteel de (kosten)effectiviteit van cognitieve gedragstherapie via internet voor problemen met seksualiteit en intimiteit bij vrouwen die zijn behandeld voor borstkanker onderzocht. ²Rowland JH, Meyerowitz BE, Crespi CM et al. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. <i>Breast Cancer Res Treat.</i> 2009;118:99-111. ³Emmelkamp PM. Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. <i>Psychother Psychosom.</i> 2005;74:336-343. ⁴Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Andersson G. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. <i>Cogn Behav Ther.</i> 2009;38:66-82. ⁵Griffiths KM, Farrer L, Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. <i>Med J Aust.</i> 2010;192:S4-11. ⁹De Blok G. An outpatient clinic for treatment-induced intimacy and sexuality problems for women with breast cancer. NKI-AVL, 2010. ¹⁵Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. <i>Psychooncology.</i> 2006;15:579-594. ¹⁶Sadovsky R, Basson R, Krychman M et al. Cancer and sexual problems. <i>J Sex Med.</i> 2010;7:349-373. ¹⁷Kedde, H and Haastrecht, P. Sexual related health of young women with breast cancer. 2008. Utrecht, Rutger Nisso Groep. Ref Type: Report ¹⁸Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. <i>Psychooncology.</i> 2004;13:147-160. ¹⁹Krychman ML, Pereira L, Carter J, Amsterdam A. Sexual oncology: sexual health issues in women with cancer. <i>Oncology.</i> 2006;71:18-25. ²⁰Hill EK, Sandbo S, Abramssohn E et al. Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. <i>Cancer.</i> 2010. ²¹Huyghe E, Sui D, Odenky E, Schover L. Needs assesment survey to justify establishing a reproductive health clinic at a comprehensive cancer centre. <i>J Sex Med.</i> 2009;6:149-163.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Leeftijd tussen 18 en 65 jaar - Histologisch vastgestelde primaire borstkanker - Behandeling afgerond, met uitzondering van endocriene therapie., - Diagnose 6 maanden tot 5 jaar voor deelname aan interventie ontvangen - Ziektevrij op het moment van start van deelname.
Exclusie	- Onvoldoende beheersing Nederlandse taal - Geen toegang hebben tot het internet - Ernstige cognitieve of psychiatrische problemen (zoals depressie, alcoholverslaving, of psychotische stoornissen) - Ernstige relatieproblemen - Deelnemen aan een gelijktijdige behandeling om hun problemen met seksualiteit of intimiteit te verlichten - Zijn behandeld voor een andere vorm van kanker naast borstkanker (met uitzondering van cervix carcinoom in situ en basaalcelcarcinoom).

CONTACT

Website	https://aleaclinical.com/psoe/kis/
Contactpersoon	Drs. S.B. (Lisanne) Hummel, Het Antoni van Leeuwenhoek, l.hummel@nki.nl

60. Cognitieve gedragstherapie en fysieke training voor vermoeidheid tijdens palliatieve behandeling



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Volwassenen - Ouderen	
Vorm(en) van kanker	- Darmkanker - Borstkanker	
Probleemgebied/klacht	Vermoeidheid	
Zorgverleners	- Fysiotherapeut - Psycholoog/psychotherapeut	
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid	- Face-to-face
Fase in ziekte proces	Palliatieve fase	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, de resultaten vanuit het onderzoek moeten eerst bekend zijn	
Verzekerde zorg?	Nee, wordt momenteel voor deelnemers aan de studie vergoed vanuit de subsidie van KWF Kankerbestrijding	
Opgenomen in een richtlijn?	Fysieke training tijdens alle fasen van behandeling wordt aanbevolen in de IKNL richtlijn Oncologische revalidatie.	
Ontwikkelaar/aanbieder	Radboud Universitair Medisch Centrum / NKCv	

INTERVENTIE

Doel	Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Graded Exercise Therapy (GET) voor vermoeidheid zijn speciaal ontworpen voor ernstige vermoeidheid bij patiënten tijdens palliatieve behandeling van kanker. Met deze behandelingen beogen we een reductie in vermoeidheidsklachten te bereiken.
Omschrijving	Het verlengen van het leven met behoud van kwaliteit van leven zijn de twee belangrijkste doelen van palliatieve behandeling. Vermoeidheid is een belangrijke klacht met een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Het is het meest frequent gerapporteerde symptoom bij deze patiënten. In één van onze studies hebben we gevonden dat 47% van alle palliatieve patiënten ernstig moe zijn en dat meer vermoeide patiënten meer beperkingen rapporteren (Peters et al. 2013). Het behandelen van vermoeidheid tijdens de palliatieve behandeling van kanker is één van de tot nog toe onbenutte opties om de kwaliteit van leven te verbeteren.

	GET duurt 12 weken en bestaat uit wekelijkse sessies van twee uur conditie- en krachttraining onder begeleiding van een fysiotherapeut. Verwacht wordt dat een toegenomen fysieke fitheid de vermoeidheid zal verminderen. In CGT speciaal ontwikkeld voor vermoeidheid in de palliatieve fase krijgen patiënten gedurende 12 weken 10 individuele gesprekken van één uur met een ervaren gedragstherapeut. De behandeling is gericht op het veranderen van factoren die de vermoeidheid in stand houden: slaap-waakritme, activiteitenpatroon, opvattingen rondom kanker en de behandeling, opvattingen rondom vermoeidheid en de rol van de omgeving. De interventie wordt op maat gemaakt door vooraf na te gaan welke factoren een rol spelen bij een patiënt en dus in behandeling aan bod moeten komen. Verwacht wordt dat een vermindering in vermoeidheid gemedieerd wordt door een verandering in vermoeidheidsgerelateerde opvattingen.
Uitkomstmaat	Vermindering van ernstige vermoeidheidsklachten
Onderbouwing	De effectiviteit van CGT voor vermoeide patiënten na curatieve behandeling van kanker is reeds aangetoond (Gielissen et al. 2006). Ongeveer driekwart van de patiënten die de behandeling hebben gevolgd, heeft na de behandeling geen ernstige vermoeidheid meer. Ook de beperkingen zijn meer afgenomen dan in de wachtlijst controlegroep. Recent onderzoek van Peters et al. (epub ahead of print) liet zien dat de door Gielissen geïdentificeerde psychosociale factoren ook relevant zijn in de instandhouding van vermoeidheid bij patiënten die palliatief behandeld worden. Een eerste ongecontroleerde pilot-studie liet zien dat patiënten die palliatief behandeld werden conditieverbetering en vermoeidheidsreductie konden bereiken middels GET. - Gielissen MFM, Witjes JA, Verhagen S, Bleijenberg G. The effects of cognitive behaviour therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared to patients waiting for cognitive behaviour therapy: A randomised control trial. <i>Journal of Clinical Oncology</i> 2006; 24(30): 4882-4887 - Peters MEWJ, Goedendorp MM, Verhagen AHHVM, van der Graaf WTA, Bleijenberg G. Exploring the contribution of psychosocial factors to fatigue in patients with advanced incurable cancer. <i>Psycho-Oncology</i> 2014; Accepted for publication. - Peters ME, Goedendorp MM, Verhagen CA, van der Graaf WT, Bleijenberg G. Severe Fatigue During the Palliative Treatment Phase of Cancer: An Exploratory Study. <i>Cancer Nurs</i> 2013; Epub ahead of print.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Diagnose gemetastaseerd borst- of darmkanker - Gepland voor of gestart met eerstelijns palliatieve systemische behandeling (hormoon-, chemo- of doelgerichte therapie) - Ernstig moe (score ≥ 35 Checklist Individuele Spankracht) - Ouder dan 18 jaar (geen bovengrens) - Beheerst de Nederlandse taal voldoende
Exclusie	- Somatische verklaring voor de vermoeidheidsklachten (anders dan kanker) - Psychiatrische stoornis waarvoor onder behandeling bij psychiater/psycholoog - Contra-indicatie voor fysieke training - Symptomatische hersenmetastasen - Bekend met ernstige mentale beperkingen - Karnofsky score < 70

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Drs. Hanneke Poort, Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid (NKC), Radboud UMC, hanneke.poort@radboudumc.nl

61. Schrijven helpt

Het methodische schrijven van de spirituele autobiografie

“Het geeft de gelegenheid na te denken over wat jouw leven is (geweest), wie je bent en wat in de resterende tijd nog belangrijk is.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen	
Vorm(en) van kanker	-	
Probleemgebied/klacht	Levensvragen n.a.v. de diagnose kanker (vragen over identiteit, over de betekenis van het leven)	
Zorgverleners	Geestelijk verzorgers	
Vorm van interventie	- Groepsverband - Face-to-face	- Individueel - Begeleid
Fase in ziekte proces	Na de behandeling	
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Binnen eigen instituut en daarbuiten. Op dit moment bieden we de interventie – in het kader van het onderzoek - zowel binnen VUmc als in inloophuizen aan. In de toekomst zal dat zonder financiering van bijv. zorgverzekeraars niet mogelijk zijn.	
Verzekerde zorg?	Nee	
Opgenomen in een richtlijn?	Nee	
Ontwikkelaar/aanbieder	Dienst Pastoraat en Geestelijke Verzorging van VUmc in samenwerking met de onderzoeksgroep Samen Leven met Kanker en het EMGO instituut.	

INTERVENTIE

Doel	De interventie beoogt - door reflectie op de eigen levenservaring - de levensvisie, spiritualiteit en veerkracht van mensen met de diagnose kanker te ontwikkelen.
Omschrijving	De training 'schrijven helpt' begeleidt bij het schrijven van het eigen levensverhaal. Hierbij gaat het niet om de feitelijkheden van het leven, maar ontdekken deelnemers aan de hand van de eigen levenservaring wat zij belangrijk vinden, wat hen beweegt en wat hun krachten zijn. De training beoogt op deze wijze 1) de levensvisie en spiritualiteit van mensen met kanker te ontwikkelen, 2) hen te ondersteunen in het omgaan met de levensvragen die de diagnose kanker met zich mee kan brengen, en 3) hen in staat te stellen veerkrachtig in het leven te staan. De training bestaat uit 8 bijeenkomsten gedurende 16 weken en wordt door een geestelijk verzorger, gekwalificeerd volgens de beroepsstandaard VGVZ, gegeven aan groepen van maximaal 8 personen.

	Deelnemers worden gestimuleerd te reflecteren op existentiële thema's, zoals waar en hoe zij diep geluk vinden in hun bestaan, waar ze verantwoordelijkheid voor dragen, hoe zij zich kunnen verbinden aan datgene wat hen ten diepste beweegt en hoe zij daar in hun leven concreet vorm aan geven. Dit vormt de basis voor het schrijven van de spirituele autobiografie. Werkvormen zijn individuele schrijf-, associatie- en tekenoefeningen, socratische groepsgesprekken en huiswerkopdrachten.
Uitkomstmaat	- Spiritualiteit (inclusief zingeving) - Veerkracht.
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- > 21 jaar - Diagnose kanker > 6 maanden geleden - Fysiek en mentaal in staat tot volgen van training - De training is in principe bedoeld voor patiënten die behandeld worden met curatieve intentie, maar wij hebben gemerkt dat de thematiek ook voor mensen die niet curatief behandeld worden zeer relevant is. We sluiten mensen die niet curatief behandeld worden dan ook niet op voorhand uit.
Exclusie	-

CONTACT

Website	http://www.vumc.nl/afdelingen/PGV/6566261
Contactpersoon	Drs. Lenneke Post, dienst geestelijke verzorging, VUmc, h.post@vumc.nl

62. Leven na kanker

Zingevinggerichte groepstraining die mensen na kanker ondersteunt



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Alle mensen die kanker hebben (gehad)
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Zingeving
Zorgverleners	Psycholoog/psychotherapeut
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid
Fase in ziekte proces	Na de behandeling
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, op dit moment is de interventie nog niet beschikbaar omdat de effectstudie nog loopt.
Verzekerde zorg?	-
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Vrije Universiteit, in samenwerking met het Ingeborg Douwes Centrum

INTERVENTIE

Doel	De groepstherapie heeft als doel het gevoel van zin- of betekenisgeving bij de deelnemers te vergroten, zodat zij hierdoor beter kunnen omgaan met het leven na kanker.
Omschrijving	Deze groepstherapie 'Leven na kanker' is gebaseerd op de Amerikaanse 'Meaning Centered Group Psychotherapy' (Breitbart et al., 2002, 2010). Deze training richt zich primair op zingeving en bestaat uit acht wekelijkse sessies van 2 uur waarin deelnemers aan de hand van verschillende thema's en opdrachten met elkaar in gesprek gaan en op zoek gaan naar bronnen van zingeving. Er wordt gebruik gemaakt van een huiswerkboek, genaamd het 'Levenslessenportfolio'. De groepstraining kan alleen gegeven worden door GZ-psychologen die ervaring hebben met het geven van groepsinterventies. De training kan door één of twee psychologen gegeven worden.
Uitkomstmaat	Gevoel van zingeving vergroten en zo coping van de deelnemers verbeteren.
Onderbouwing	De effectiviteit van de Amerikaanse versie van deze interventie is aangetoond voor patiënten in de palliatieve fase (Breitbart et al., 2010). Of de interventie ook effectief is voor survivors, is nog niet bekend.

De Vrije Universiteit doet daar op dit moment onderzoek naar, middels een randomized controlled trial. De eerste ervaringen met de training in een feasibility studie waren positief (Van der Spek et al., in press).

- Breitbart, W. et al. *Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. Psycho-Oncology*, 2010. 19(1): p. 21-28.
- Nadia van der Spek et al. *Meaning-Centered Group Psychotherapy in Cancer Survivors: a Feasibility Study. Psycho-Oncology*, 2014 [E pub ahead of print].

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	De training is bedoeld voor mensen die korter dan vijf jaar geleden kanker hebben gehad, met curatieve intentie zijn behandeld en een hulpvraag hebben op het gebied van zingeving, spiritualiteit, angst, somberheid of coping. Deze training is niet bedoeld voor mensen met ernstige psychiatrische klachten of cognitieve beperkingen of mensen die (waarschijnlijk) niet meer zullen genezen van kanker.
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Nadia van der Spek, Vrije Universiteit/Ingeborg Douwes Centrum, n.vander.spek@vu.nl

63. Wat bezielt je?

Een groepsgebesprek



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Iedereen die met kanker te maken heeft (gehad)
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	Het gesprek gaat over het hele levensverhaal voor zover aan de orde
Zorgverleners	- Psycholoog/psychotherapeut - Extra hulp door vrijwilliger of stagiaire - Maatschappelijk werker
Vorm van interventie	- Groepsverband - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Wanneer het aansluit
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut.
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	-
Ontwikkelaar/aanbieder	Toon Hermans Huis Amersfoort, Amarant

INTERVENTIE

Doel	Deze gespreksgroep/ bezinningsgroep komt 7 keer bij elkaar. In deze groep staat centraal: levensvragen, de fundamentele vragen die los kunnen komen door de confrontatie met kanker in je bestaan. Welke hulpbronnen kun je aanspreken? We maken gebruik van verhalen uit diverse tradities, poëzie, muziek, etc.
Omschrijving	In deze groep gaan we aan de hand van een verhaal, mythe, andere bron / sprookje / gedichten/ muziek etc. met elkaar 'op reis'. De eigen levensloop is uitgangspunt. Thema's zoals opvoeding, ouders / gezin / familie, steunbronnen, geloof, levensovertuigingen, werk, etc. komen aan de orde. Elke bijeenkomst wordt aan de hand van thema's onderzocht welk spoor zichtbaar wordt in ieders eigen levensverhaal. We werken a.d.h.v. gesprekken, opdrachten, verbeelding, poëzie en meditatie.
Uitkomstmaat	Met nieuwe ogen naar de eigen thema's kijken.
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	Men moet in staat zijn in een groep te functioneren
Exclusie	- Als er sprake is van (ernstige) psychiatrische klachten - Als lotgenotencontact ongewenst is

CONTACT

Website	- www.centrum-amarant.nl - www.thha.nl
Contactpersoon	Karen Rutgers-van Wijlen, Toon Hermans Huis Amersfoort, directie@thha.nl

64. Haptonomische begeleiding

Haptotherapie bij kanker

“S. (de haptotherapeut) geeft me door haar bijna helende handen iedere keer weer het gevoel dat dat verminkte aangetaste middendeel van mijn buik bij mijn hele lichaam en zijn hoort, een prachtige dragende ervaring telkens weer. Door die kracht loop ik na een sessie weer rechtop in mijn lichaam en kan ik zelfs het grote littekendeel koesteren en aanvaarden. Het verzacht de pijn van het litteken van binnen en buiten maar ook mijn zielenpijn. Daardoor kan ik ook weer verder met leven, het iets gemakkelijker dragen, ik leef het leven zo graag.”

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	-
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Afkeer van het (geschonden) lichaam - Onvoldoende emotionele verwerking - Moeite met intimiteit / seksualiteit (bv. na verminkende operaties, ook inwendig - denk aan eierstokkanker) - Overmatige stress / spanning / angst
Zorgverleners	Haptotherapeut (liefst in samenwerking met psycholoog)
Vorm van interventie	- Individueel - Begeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	- Diagnose en behandelfase - Palliatieve fase - Na de behandeling - Terminale fase
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten, ook in andere IPSO therapeutische centra wordt gebruik gemaakt van haptonomie / haptotherapie
Verzekerde zorg?	Nee
Opgenomen in een richtlijn?	Nee
Ontwikkelaar/aanbieder	Taborhuis (nu HDI Locatie Groesbeek)

INTERVENTIE

Doel	Deze interventie heeft als doel mensen te helpen het contact met hun lichaam te herstellen, weer vertrouwd te raken met hun soms zo geschonden lichaam. Dit opent de weg om ook hun emoties weer aan te durven gaan en te durven voelen wat de ziekte innerlijk teweegbrengt.
Omschrijving	De interventie bestaat uit affectieve aanraking (in tegenstelling tot de functionele aanraking tijdens onderzoek en behandeling), in de vorm van een rustige, zachte ‘massage’ op haptonomische basis. Hierbij wordt - op een passend moment, op geleide van wat de patiënt aankan - het aangedane deel van het lichaam nadrukkelijk meegenomen en wordt de patiënt gestimuleerd om uiteindelijk ook zelf het geschonden lichaam weer (liefdevol, koesterend, acceptierend) aan te raken (denk bv. aan vrouwen met een borstamputatie). De haptotherapeut brengt de cliënt via het lichamelijke voelen bij zijn innerlijke gevoel en pijn.

	De affectieve bevestiging door de therapeut helpt de cliënt om het contact met zichzelf aan te gaan. Door de verbinding met en de aanraking van de therapeut komt hij tot een dieper ervaren van zichzelf. Zo komt hij in contact met zijn eigen gevoelsleven en daarmee ook met afgesloten, geblokkeerde gevoelens.
Uitkomstmaat	Vermindering van stress, verzoening met en acceptatie van het lichaam zoals het nu is, bijdrage aan emotionele verwerking
Onderbouwing	-

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Agnes van Swaay, GZ-psycholoog en haptotherapeut. HDI locatie Groesbeek. avanswaay@hdi.nl

65. Ondersteunende counseling bij informeren familieleden over risico erfelijke kanker

Patiënte met erfelijkheidsadvisering voor erfelijke borst- en/of eierstokkanker (41 jaar)
"Het gesprek heeft mij geholpen een keus te maken
over het al dan niet informeren van een bepaald familielid
en ook over de manier om dit te doen".

ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	Volwassenen, specifiek patiënten die als eerste in de familie naar de afdeling Klinische Genetica zijn geweest om de mogelijkheid op erfelijke borst- of darmkanker te laten onderzoeken (zogenaamde index-patiënten) en die van de afdeling Klinische Genetica een advies hebben gekregen familieleden te informeren.
Vorm(en) van kanker	Borst- en/of eierstokkanker en darmkanker
Probleemgebied/klacht	Moeite hebben met het informeren van familieleden over erfelijke of familiale kanker
Zorgverleners	- Maatschappelijk werker - Psychosociaal medewerker afdeling Klinische Genetica
Vorm van interventie	- Individueel - Telefonisch
Fase in ziekte proces	Voor mensen die erfelijkheidsonderzoek laten verrichten naar kanker. Zij kunnen zelf kanker hebben gehad, of familieleden hebben met kanker.
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, er loopt momenteel een randomized controlled trial om de effectiviteit van de aanvullende counseling te onderzoeken.
Verzekerde zorg?	-
Opgenomen in een richtlijn?	-
Ontwikkelaar/aanbieder	Deze interventie is in het AMC ontwikkeld met subsidie van KWF-kankerbestrijding en Pink Ribbon en wordt aangeboden bij de afdeling Klinische Genetica van het AMC, VUmc en UMCG.

INTERVENTIE

Doel	Het doel is patiënten te ondersteunen bij het nemen van een weloverwogen beslissing t.a.v. het informeren van familieleden over de kans op erfelijke of familiale kanker.
Omschrijving	De interventie bestaat uit een telefonisch counselingsgesprek met een psychosociaal medewerker in aanvulling op de gebruikelijke genetische counseling en is gebaseerd op de principes van Motivationale Interviewen (MI). MI is een veel toegepaste techniek die effectief gebleken is om patiënten te motiveren tot verschillende vormen van gedragsverandering. Tijdens de interventie is o.a. aandacht voor samenwerking, evocatie en autonomie. Samenwerking verwijst naar de relatie tussen de counselor en de patiënt. Deze is gelijkwaardig in plaats van een 'expert-ontvanger relatie'.

	Evocatie houdt in dat de argumenten voor gedragsverandering worden geuit vanuit de patiënt, in plaats van dat deze argumenten naar voren worden gebracht door de counselor. Ten slotte verwijst autonomie naar het respect van de counselor voor de keuzevrijheid van de patiënt (meer informatie is te vinden op de website van Motivationale Interviewen www. motivationalinterviewing.org) De interventie wordt uitgevoerd door psychosociaal medewerkers die zijn getraind om de aanvullende telefonische counseling uit te kunnen voeren. Gemiddeld vindt het aanvullende telefonische counselingsgesprek plaats twee tot vier weken nadat patiënten een samenvattende eindbrief van de afdeling Klinische Genetica hebben ontvangen. Deze samenvattende brief beschrijft wat er tijdens de erfelijkheidsadviesing is besproken en welke familieleden een verhoogd risico hebben om gedurende het leven kanker te krijgen. De duur van de telefonische counseling is o.a. afhankelijk van de grootte van de familie, het aantal te informeren familieleden, persoonlijkheid van de patiënt, manier van uitvragen van de psychosociaal medewerker en bestaande familieproblematiek. Getracht wordt het gesprek niet langer te laten duren dan 1 uur.
Uitkomstmaat	De interventie beoogt de kennis, motivatie en mogelijkheden van patiënten te vergroten wat betreft het informeren van familieleden over erfelijke of familiale kanker.
Onderbouwing	Er loopt momenteel een randomized controlled trial om de effectiviteit van de aanvullende counseling te onderzoeken.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	- Patiënten die als eerste in de familie naar de afdeling Klinische Genetica zijn geweest om de mogelijkheid op erfelijke borst- of darmkanker te laten onderzoeken - > 18 jaar - Beheersing Nederlandse taal
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Dr. E.M.A. Smets, AMC, medische psychologie, e.m.smets@amc.uva.nl

66. Signaal

Signaleren en bespreken van problemen van erfelijkheidsadviesvragers



ALGEMENE INFORMATIE

Doelgroep	- Alle erfelijkheidsadviesvragers voor kanker
Vorm(en) van kanker	-
Probleemgebied/klacht	- Erfelijkheids gerelateerde problemen - Leven met kanker - Problemen met familie en sociale omgeving - Generieke emotionele problemen - Kind gerelateerde problemen
Zorgverleners	Genetisch counselors
Vorm van interventie	- Individueel - Onbegeleid - Face-to-face
Fase in ziekte proces	Ten tijde van het adviesgesprek op de polikliniek erfelijke tumoren/afdeling klinische genetica.
Geïmplementeerd in de klinische praktijk?	Nee, nog wachtende op verdere resultaten, en financiering voor een implementatie programma
Verzekerde zorg?	-
Opgenomen in een richtlijn?	In de BVN zorgstandaard erfelijke borst- en eierstokkanker
Ontwikkelaar/aanbieder	De interventie wordt aangeboden door het Het Nederlands Kanker Instituut

INTERVENTIE

Doel	Deze interventie heeft als doel problemen van erfelijkheidsadviesvragers voor kanker te signaleren en bespreekbaar te maken tijdens het adviesgesprek met de klinisch geneticus of genetisch consulent (counselors).
Omschrijving	Erfelijkheidsadviesvragers wordt vooraf aan het adviesgesprek op de polikliniek gevraagd een vragenlijst in te vullen, de 'Psychosocial Aspects of Hereditary Cancer' (PAHC) vragenlijst. Deze bestaat uit 26 specifieke items over mogelijke psychosociale problemen, onderverdeeld in 6 domeinen. Per domein wordt ook gevraagd of de adviesvrager een gesprek wil met een maatschappelijk werker over dit domein. De resultaten van de vragenlijst worden teruggekoppeld aan de counselor, die vervolgens de antwoorden van de vragenlijst kan bespreken tijdens het adviesgesprek.

Uitkomstmaat	Communicatie over psychosociale problemen verhogen, bewustzijn over de problemen verhogen bij de counselors, en het management van deze problemen tijdens het gesprek te verbeteren
Onderbouwing	- Eijzenga W, Hahn DE, Aaronson NK, Kluijdt I, Bleiker EMA: Specific Psychosocial Issues of Individuals Undergoing Genetic Counseling for Cancer - A Literature Review. JGenetCouns 2013. DOI: 10.1007/s10897-013-9649-4 - Eijzenga W, Bleiker EMA, Hahn DE, Kluijdt I, Sidharta GN, Gundy CM, Aaronson NK: Psychosocial Aspects of Hereditary Cancer (PAHC) questionnaire: Development and testing of a screening questionnaire for use in clinical cancer genetics. Psychooncology 2014. DOI:10.1002/pon.3485 - Eijzenga W, Aaronson NK, Kluijdt I, Sidharta GN, Hahn DEE, Ausems MGEM, Bleiker EMA: The efficacy of a standardized questionnaire in facilitating personalized communication about problems encountered in cancer genetic counseling: Design of a randomized controlled trial. BMC Cancer 2014. DOI:10.1186/1471-2407-14-26 - Eijzenga W, Aaronson N, Hahn DEE, Sidharta GN, Van der Kolk LE, Velthuisen ME, Ausems MGEM, Bleiker EMA: The effect of routine assessment of specific psychosocial problems on personalised communication, referrals and distress levels in cancer genetic counselling practice: A randomised controlled trial. 2014.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Inclusie	-
Exclusie	-

CONTACT

Website	-
Contactpersoon	Eveline Bleiker, Nederlands Kanker Instituut, e.bleiker@nki.nl

Referenties

1. Kankerzorg in beeld. 2014. IKNL, Utrecht
2. Sanson-Fisher R et al. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. Cancer. 2000; 88(1): 226-237
3. Puts MT et al. Systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. Supportive Cancer Care. 2012; 20(7): 1377-1394
4. Harrison JD et al. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. Supportive Care in Cancer. 2009; 17(8): 1117-1128
5. White K et al. Mapping the psychosocial and practical support needs of cancer patients in Western Australia. European Journal of Cancer Care 2012; 21:107-116
6. Rapport Geneeskundige GGZ deel I en II, Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) 2012.
7. Haes, H de, Gualtherie van Weezel, L. Sanderman R. 2009. Psychologische patiëntenzorg in de oncologische zorg. Handboek voor de professional. Van Gorcum: Assen
8. Pool, G. Psychologische interventies bij kanker – zoeken naar de juiste maat Psychologie en Gezondheid jaargang 37, nummer 5 (2009) p. 276-287
9. Kooij A, Boonstra K, Garssen B, Gualthérie van Weezel LM. Meer scholing gewenst op het terrein van de psychosociale oncologie? Het Pondes-rapport. Groningen, november 2002
10. Conceptplan digitale verwijsgids oncologie. 2001. IKNL (voorheen IKMN) Utrecht
11. Eindrapport Nationaal Programma Kankerbestrijding, werkgroep 5: integratie van psychosociale zorg in de oncologie 2005-2010.
12. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, and Kuffner R. Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Oncology, 2013, 31(6), 782-793 DOI: 10.1200/JCO.2011.40.8922
13. Cancer Screening Interventions Resources Reference Package; Moving evidence into practice, McMaster University, May 2013

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst

Bijlage 2: Aanbiedingsbrief



FORMULIER

Inventarisatie psychosociaal oncologische interventies

Invullen en deadline

Gelieve per interventie de onderstaande vragen in te vullen. We ontvangen het ingevulde formulier graag uiterlijk 11 januari 2014 terug. Voor vragen en/of opmerkingen kunt u contact opnemen met dr. Chantal Lammens via c.lammens@nvpo.nl

1. Naam van de interventie:

Svp naam van de interventie opnemen, bijvoorbeeld 'Minder moe bij kanker'.

2. Korte omschrijving van het doel van de interventie voor mensen met kanker en/of hun naasten (max. 50 woorden; uitgebreide omschrijving interventie volgt bij vraag 12)

Voorbeeld: Deze online zelfhulpinterventie heeft als doel partners van patiënten te helpen met ervaren psychische problemen zoals stress, sociale isolatie en verdriet

3. Uitkomstmaat/beoogd resultaat van de interventie

Wat beoogt deze interventie te bereiken?

4. Is de interventie voor een bepaalde doelgroep?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk (max 3 mogelijkheden aankruisen)
 - ☐ Kinderen
 - ☐ Jongeren
 - ☐ Adolescenten
 - ☐ Volwassenen
 - ☐ Ouderen
 - ☐ Mannen
 - ☐ Vrouwen
 - ☐ Kinderen van ouders met kanker
 - ☐ Naasten volwassenen
 - ☐ Naasten kinderen
 - ☐ Overig, nl.....

5. Is de interventie gericht op (een) specifieke vorm(en) van kanker?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk.....

6. Is de interventie gericht op een specifiek probleemgebied/klacht?

Bijvoorbeeld vermoeidheid, angst (recidief), intimiteit, werkhervatting?

- ☐ Nee, namelijk.....
- ☐ Ja, namelijk (noem de max vijf belangrijkste probleemgebieden/klachten)
 - I.
 - II.
 - III.
 - IV.
 - V.

7. Zijn er in- en exclusiecriteria voor deelname aan de interventie?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk.....

8. Door welke instelling of organisatie is de interventie ontwikkeld en (al dan niet in onderzoeksverband) aangeboden?

9. Welke zorgverleners zijn betrokken bij deze interventie/bieden deze interventie aan?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Psycholoog/psychotherapeut
- ☐ Maatschappelijk werker
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Psychiater
- ☐ Fysiotherapeut
- ☐ Anders, namelijk.....

10. In welke vorm wordt de interventie aangeboden?

Per punt gelieve aan te geven wat van toepassing is

- ☐ Begeleid / onbegeleid
- ☐ Online / Face to Face
- ☐ Individueel / groepsverband
- ☐ Anders, namelijk.....



11. Voor welke fase in het ziekteproces is de interventie bedoeld?

- ☐ Diagnose en behandelfase
- ☐ Na de behandeling
- ☐ Palliatieve fase
- ☐ Terminale fase
- ☐ Anders, namelijk.....

12. Omschrijving interventie (max 250 woorden)

13. Informatie over de onderbouwing van de interventie

Onder andere wetenschappelijk bewijs over (kosten)effectiviteit. Graag met publicaties.

14. Is de interventie geïmplementeerd in de klinische praktijk?

- ☐ Ja, binnen eigen instituut
- ☐ Ja, binnen eigen instituut en daarbuiten
- ☐ Nee, namelijk *(bijvoorbeeld nog wachtende op verdere resultaten, financiering, opname in zorgpad etc.)*.....

15. Valt de interventie onder verzekerde zorg?

- ☐ N.v.t.
- ☐ Nee
- ☐ Ja, via basispakket
- ☐ Ja, via aanvullende verzekering
 - ☐ Bij alle verzekeraars
 - ☐ Specifiek bij*(benoem verzekeraars)*
- ☐ Anders, namelijk.....

16. Is de interventie, naar uw weten, opgenomen in een (tumorgebonden) richtlijn?

- ☐ N.v.t.
- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk.....*(naam richtlijn)*

17. Kunt u één of meerdere patiëntcitaten/-ervaringen aanleveren (max 150 woorden)

18. Bestaat er een website met informatie over de interventie?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk.....

19. Andere interventies die ik ken?

Graag inclusief naam interventie en gegevens contactpersoon

20. Heeft u nog aanvullende informatie over de interventie?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk.....

21. Heeft u nog overige informatie voor ons?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk.....

22. Contactpersoon (naam, instituut, emailadres)

23. Datum

Hartelijk dank voor het invullen en voor uw tijd. Wij brengen u te zijner tijd graag op de hoogte van de uitkomsten van de inventarisatie.



NVPO secretariaat
Delflandlaan 20
1062 EB AMSTERDAM
T: 020 - 3415812
E: nvposecr@nvpo.nl

Betreft: Inventarisatie psychosociaal oncologische interventies

12 februari 2014, Amsterdam

Geachte collega ,

De Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) inventariseert op dit moment alle interventies op het gebied van de psychosociale zorg voor mensen met kanker. De NVPO voert deze inventarisatie uit in het kader van haar project 'Naar betere psychosociale zorg voor mensen met kanker' dat wordt gesubsidieerd door KWF Kankerbestrijding.

Waarom deze inventarisatie?

In Nederland ontbreekt een gestructureerd en gecategoriseerd overzicht van psychosociale interventies in de oncologie. In een dergelijk overzicht kan bijvoorbeeld inzichtelijk gemaakt worden wat de interventie inhoudt, wie deze heeft ontwikkeld en of er evidentie is voor de effectiviteit en zo ja welke. Tevens zal het in het overzicht worden vermeld of er sprake is van vergoeding, of de interventie is opgenomen in algemene of tumorgebonden behandelrichtlijnen, voor welke categorie patiënten de interventie is bedoeld en wat patiëntervaringen zijn.

Gedegen inzicht in het volledige aanbod van psychosociaal oncologische interventies is een belangrijke voorwaarde om met, onder meer, zorgverzekeraars en beleidsmakers te spreken over de inzet en vergoeding van interventies. Het overzicht zal bijdragen aan het bedenken en aandragen van alternatieve financieringsmogelijkheden en het inzichtelijk krijgen waar (aanvullend) onderzoek, ten behoeve van het verkrijgen van evidentie, nodig is. Het is van belang dat er hierbij oog is voor zowel kwaliteit als kostenefficiëntie, zodat de zorg op lange termijn kan worden gewaarborgd.

Graag uw hulp

Om deze inventarisatie mogelijk te maken, zullen wij gefaseerd verschillende doelgroepen (onder andere klinici, onderzoekers, zorgverzekeraars) benaderen om informatie aan te leveren. Ook uw hulp als zorgverlener werkzaam binnen de psychosociale oncologische zorg hebben wij nodig. Mogelijk bent u betrokken bij (de ontwikkeling van) psychosociale *interventies* voor mensen met kanker en/of hun naasten. Zo ja, dan willen we u vragen om de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en aan ons terug te sturen.

Vragenlijst

De vragenlijst oogt vrij lang. Dat komt mede omdat we gebruik hebben gemaakt van meerkeuze antwoordopties, waarvan er soms veel zijn. Uiteindelijk is de lijst vrij snel in te vullen. Mocht u aanvullingen hebben op de antwoordcategorieën of mocht u zaken missen, dan nodigen we u uit om dit aan te vullen. Er is voldoende extra ruimte in de lijst. Uw reactie wordt geredigeerd.

De NVPO zal op basis van alle binnengekomen vragenlijsten een indeling van interventies maken, die opgenomen zullen worden in het rapport. Dit zal gaan op basis van een aantal criteria, onder andere of de interventie oncologie specifiek is, de kwaliteit van de (ontwikkeling van de) interventie, de aanwezigheid van een duidelijke beschrijving en of de interventie algemeen toepasbaar is voor kankerpatiënten en hun naasten.

Daarbij is het tevens van belang dat aangeleverde interventies in lijn zijn met het standpunt van de NVPO, dat psychosociale zorg kan bijdragen aan een betere kwaliteit van leven tijdens en na de behandeling, maar dat deze zorg geen invloed heeft op het feitelijk ontstaan, de behandeling en het verloop van de ziekte.

De inventarisatie resulteert in een (online vrij toegankelijk) rapport en is een eerste stap naar het ontwikkelen van een website, die toegankelijk is voor zorgverleners en patiënten.

Invullen en deadline

Wilt u de lijst voor ons invullen en terugsturen? Wij stellen het op prijs als u dit **voor 28 februari 2014** wilt doen. Wij waarderen het zeer als u ons wilt wijzen op andere interventies die bij u bekend zijn. Wij ontvangen in dat geval graag gegevens van een contactpersoon.

Met vriendelijke groet,



Dr. Chantal Lammens
(Projectmanager 'Kwaliteit zorg' NVPO)



Nederlandse Vereniging
Psychosociale Oncologie

INTERVENTIES IN DE PSYCHOSOCIALE ONCOLOGISCHE ZORG

**EEN EERSTE INVENTARISATIE
VAN ONTWIKKELINGEN**

NVPO
Mei 2015