

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/83195>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

Medisch en psychologisch, meer dan logisch!

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. JUDITH B. PRINS

Radboud Universiteit Nijmegen



INAUGURELE REDE

PROF. DR. JUDITH B. PRINS



Eén op de drie mensen krijgt kanker tijdens zijn leven. In het UMC St Radboud komen jaarlijks 20.000 patiënten met kanker. Vanwege het levensbedreigende karakter van de ziekte en de zware behandelingen raken patiënten niet alleen lichamelijk maar ook psychisch uit balans. Na behandelingervaart 30 procent angst voor

terugkeer van de ziekte of wordt depressief. Minder dan 2 procent van deze patiënten wordt doorverwezen naar Medische Psychologie. De medische zorg voor patiënten met kanker is sterk verbeterd, maar de zorg voor het psychisch herstel staat nog op een laag pitje. Nieuw is de internetbehandeling E-coach van Medische Psychologie, waardoor veel meer patiënten deze zorg kunnen krijgen. Thuis op de pc vragen invullen over krachten en klachten en daarna zelf werken aan psychisch herstel. Voor alle borstkankerpatiënten wordt het zelfhulpprogramma Breath ontwikkeld. De E-coach wordt nog in wetenschappelijk onderzoek getest, maar de eerste patiënten zijn zeer enthousiast. De patiënt wordt er beter van. Medisch én psychologisch, meer dan logisch!

Prof.dr. Judith Prins (1958) is sinds augustus 2009 hoogleraar Medische Psychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Zij studeerde psychologie in Nijmegen en specialiseerde zich in 1996 tot klinisch psycholoog in het UMC St Radboud, waar zij in 2003 ook promoveerde. Zij startte in 2006 met onderzoek naar het psychisch functioneren van patiënten met kanker met als doel de psycho-oncologische zorg te verbeteren. Vanaf 2007 is zij afdelingshoofd van Medische Psychologie in het UMC St Radboud.

MEDISCH EN PSYCHOLOGISCH, MEER DAN LOGISCH!

Medisch en psychologisch, meer dan logisch!

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Medische Psychologie
aan het UMC St Radboud/de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 16 april 2010*

door prof. dr. Judith B. Prins

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
Fotografie omslag: Bert Beelen
Drukwerk: Drukkerij Roos en Roos, Arnhem

© Prof. dr. J.B. Prins, Nijmegen, 2010

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Mijnheer de rector magnificus, hooggeleerde collegae, dames en heren studenten, lieve familieleden en vrienden, zeer gewaardeerde toehoorders,

In het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen komen jaarlijks 20.000 patiënten met kanker, waarvan 1700 nieuwe patiënten. Eén van hen is een vrouw van 53 jaar, laat ik haar Marijke noemen.

Marijke is de afgelopen maanden behandeld vanwege borstkanker. Haar familie en vrienden bewonderen haar doorzettingsvermogen en vechtlust. Een borstamputatie, een kaal hoofd en zware chemokuren krijgen haar niet klein. Zij doorstaat het allemaal en het einde van de behandeling wordt uitbundig gevierd. Marijke wil haar oude leven weer zo snel mogelijk oppakken. Tot ieders verbazing, en niet in de laatste plaats van Marijke zelf, wordt zij in de maanden daarna somber, piekert zij veel over het terugkomen van de borstkanker en lukt het haar niet om haar werk te hervatten.

Gevoelens, gedachten en gedrag die bij veel mannen en vrouwen met kanker voorkomen. Na maanden van vechten tegen de levensbedreigende ziekte, volgt het lange wachten op het resultaat en vallen patiënten vaak in een gat. Zelfs een aantal jaren na de operatie is ongeveer een derde van de vrouwen met borstkanker ten gevolge van de behandeling nog angstiger en depressiever dan vrouwen, die geen borstkanker hebben gehad. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van dergelijke gevoelens twee maanden na de operatie voorspellend is voor de latere overleving (Mehnert & Koch, 2008). Borstkankerpatiënten die dan depressief zijn en emoties vasthouden blijken korter te leven, terwijl degenen met weinig angst en weinig vermoeidheid een langere levensduur hebben (Groenvold et al, 2007; Falagas et al, 2007). Reden genoeg om in de zorg voor patiënten met kanker tijdig aandacht te besteden aan dergelijke reacties op de behandeling.

Hoewel tijdens behandeling van kanker vaak wordt voorzien in goede psychosociale zorg, zijn er in het vervolgtraject nog duidelijke knelpunten. De klinische ervaring is dat veel mensen met kanker problemen in die fase niet aankaarten bij hun arts en zich groot houden voor de buitenwereld en zorgverleners.

In ons ziekenhuis wordt minder dan 2 procent van alle volwassen patiënten met kanker doorverwezen naar Medische Psychologie. U zult mij niet horen zeggen dat de overige patiënten die op enig moment vastlopen allemaal naar de psycholoog moeten. Wel wil ik ervoor pleiten dat alle mensen met kanker voldoende aandacht krijgen voor de psychische en sociale gevolgen die zij van de behandeling ervaren. En dat zij zelf een belangrijk aandeel krijgen bij het signaleren van deze gevolgen, bij de behoefte aan zorg en bij hun herstel. Lichamelijke en psychische klachten gaan bij patiënten met kanker hand in hand, voor hen is medisch én psychologisch meer dan logisch! In de oncologie, de zorg voor patiënten met kanker, zal dit wat mij betreft een vast en vanzelfsprekend

aandachtspunt voor hulpverleners moeten worden. En ik wil kankerpatiënten ervan bewust maken dat zij hier zelf ook iets aan kunnen doen.

Marijke heeft haar somberheid en angst bij de oncoloog ter sprake gebracht. Deze adviseert contact met een medisch psycholoog. Met de aangereikte handvatten om grip te krijgen op haar gevoelens lukt het Marijke om weer een zinvolle invulling te geven aan het dagelijks leven. Vervolgens heeft zij zelf de re-integratie van werk opgepakt. Enkele weken later gaat het weer goed met haar.

MEDISCHE PSYCHOLOGIE

- *Ziekte en gedrag*

Niet alleen kanker, maar alle ernstige ziektes of chronische aandoeningen zijn van grote invloed op het dagelijks bestaan van patiënten en op de uiteindelijke kwaliteit van leven. Artsen leren dit al vroeg in hun opleiding en hebben aandacht voor de gevolgen van ziekte. Gevoelens, gedachten en gedrag van patiënten kunnen echter ook een flink aandeel hebben in het beloop van lichamelijke aandoeningen en het effect van medische behandelingen. Om vast te stellen of dit het geval is, en in welke mate, is kennis van de gedragswetenschappen nodig. Medisch specialisten van meer dan twintig afdelingen in het UMC St Radboud roepen voor deze specialistische kennis de hulp in van de afdeling Medische Psychologie. Kennis van gedrag bij ziekte en lichamelijke klachten is wat medisch psychologen hen te bieden hebben in patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.

Met enkele eenvoudige voorbeelden zal ik u laten zien hoe gedrag van invloed is op lichamelijke aandoeningen. Ziek zijn wordt niet uitsluitend voorafgegaan door biomedische factoren, zoals koorts of letsel, maar ook door het gedrag van patiënten. Gedrag is zelfs regelmatig het eerste symptoom van ziekte. Stoornissen in het gedrag zijn voor tekenen van een beginnende dementie of een neurologische aandoening. En afwijkend sociaal gedrag en problemen in de spraakontwikkeling zijn de eerste aanwijzingen voor autisme bij kinderen.

Gedrag kan ook tot ziekte leiden, zoals bekend is van leefstijlfactoren zoals roken, ongezond eten, inactiviteit en alcoholgebruik, die tot een verhoogd risico op hart- en vaatziekten of kanker leiden.

Gedrag is tevens van belang bij de klachtpresentatie, omdat er een grote variatie is in de mate waarin patiënten symptomen bij zichzelf waarnemen. De één besteedt veel meer aandacht aan lichamelijke klachten dan de ander. Kinderen leren al heel jong in de natuurlijke omgeving van het gezin hoe om te gaan met lichamelijke klachten (Bandura, 1977). Zij nemen vrijwel automatisch waar hoe een ouder reageert bij kleine ongevallen in huis, bij misselijkheid, pijn of ziekte. Een ouder die zich bezeert en door gaat met dagelijkse activiteiten biedt ander voorbeeldgedrag dan een ouder die activiteiten stil legt, vertelt over de klachten en medicatie of hulpmiddelen gebruikt. Zo hebben

kinderen van moeders met lichamelijk onverklaarde buikpijn in vergelijking met andere kinderen zelf ook meer last van buikklasten, gaan vaker naar de huisarts en hebben meer schoolverzuim (Levy et al. 2007).

- *Gedrag bij medische diagnostiek en behandeling*

Niet alleen lichamelijke symptomen, maar vooral gevoelens, gedachten en gedrag bepalen of iemand met zijn klachten naar een arts gaat. Gedrag is ook aan de orde op vele andere momenten tijdens medische consulten. Soms laten patiënten uit angst voor pijnlijke onderzoeken of uit schaamte klachten achterwege. Een bezorgde of angstige patiënt zal veel eerder een arts raadplegen dan iemand die hartkloppingen heeft, maar zelf niet aan een ziekte denkt. Deze patiënt zal zijn klachten ook anders met de arts bespreken, wat weer van invloed is op de onderzoeken die de arts wil doen. Dit kan de uiteindelijke diagnose beïnvloeden, omdat de arts op het verkeerde been wordt gezet. En als de arts een diagnose met de patiënt bespreekt, blijkt na het consult een groot deel van de medische informatie door de patiënt direct te zijn vergeten of wordt informatie verkeerd onthouden (Kessels, 2003). Wederom gedrag van patiënten waar artsen rekening mee moeten houden.

Ook medische behandelingen worden beïnvloed door gedrag. Met name medicatieadviezen worden door patiënten vaak niet goed opgevolgd. Al dan niet bewust wordt door 30 procent van de patiënten medicijnen verkeerd of niet op de juiste wijze ingenomen. Als het behandeling van een chronische ziekte betreft loopt dit op tot 50 procent (Haynes 2002). Leefstijladviezen, zoals stoppen met roken, worden nog vaker niet opgevolgd, met aanzienlijke gezondheidsrisico's als gevolg.

Ook na afronding van een medische behandeling kan sprake zijn van ziektegedrag, zoals het verhaal van Marijke heeft laten zien. Op korte termijn bevordert ziektegedrag, zoals het nemen van rust, het herstel van de patiënt. Maar op langere termijn kan ziektegedrag ook de vorm aannemen van angst, somberheid, vermijdingsgedrag of een slechte aanpassing aan de gevolgen van ziekte. Reacties, die niet alleen de kwaliteit van leven beïnvloeden, maar ook het verdere beloop van chronische ziekten.

- *De omgeving van de patiënt*

Familieleden, burens, vrienden en bekenden van de patiënt beïnvloeden ook bewust of onbewust het ziektegedrag van patiënten. Zij kunnen bezorgd reageren bij ziekte en de patiënt allerlei activiteiten uit handen nemen, of de patiënt aansporen om een andere behandeling te vragen of om flinker te zijn. Artsen kunnen eveneens onbedoeld gedachten of gevoelens oproepen die ziektegedrag versterken. Zo kan een vlekje op een foto medisch gezien niet belangrijk zijn, maar door het te noemen onnodige onrust bij de patiënt geven. En de media spelen tegenwoordig een steeds grotere rol bij gedachten en gedrag rondom ziekten. Veel tijdschriften, tv-programma's en internetsites geven informatie over lichamelijke aandoeningen. Probleem hierbij is, dat de patiënt vaak onvol-

doende medische kennis heeft om die informatie juist te interpreteren en om te bepalen of informatie van toepassing is op zijn eigen situatie. Met onzekerheid en soms ook verkeerd gezondheidsgedrag als gevolg. Ik hoop dat ik u met dit korte overzicht heb laten zien dat in de medische zorg gedrag en ziekte niet los van elkaar kunnen worden gezien.

PSYCHOSOCIALE ONCOLOGIE

- *Kanker en ziektegedrag*

Wat betekent deze kennis over ziekte en gedrag nu voor alle 20.000 patiënten met kanker in ons ziekenhuis? Onlangs is de aftrap gegeven voor een nieuw oncologisch centrum, het Radboud Universiteit Centrum voor Oncologie, afgekort RUCO. Samenwerking tussen alle specialisten die bij de behandeling van kanker zijn betrokken staat centraal. Naast uitstekende medische zorg zal er veel persoonlijke aandacht zijn voor de patiënt en ook voor de psychische gevolgen van de behandeling. Zoals ik u heb laten zien, kunnen die zich in vele fasen van het behandeltraject voordoen. Voor mij staat vast dat de zorg voor kankerpatiënten sterk zal verbeteren als er systematisch aandacht is voor deze niet-medische gevolgen van de behandeling. Hierin word ik gesteund door de Gezondheidsraad (2007) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009), die recent eenzelfde boodschap hebben afgegeven.

Hoe dit het beste vorm kan krijgen, welke hulpverleners deze zorg het beste kunnen bieden, en op welke momenten in het behandeltraject van patiënten met verschillende vormen van kanker, zullen we met behulp van wetenschappelijk onderzoek de komende jaren moeten onderbouwen. Het voornaamste doel is dat alle patiënten met kanker van deze verbeterde zorg kunnen gaan profiteren. Een belangrijke aanzet daartoe is gegeven door de landelijke richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg', waaraan ik heb mogen meewerken en die recent is gepresenteerd door de Vereniging van Integrale Kankercentra. Met een kort screeningsinstrument, de Lastmeter, die gevalideerd is in wetenschappelijk onderzoek, wordt een quickscan gemaakt van de belangrijkste problemen die een patiënt als gevolg van de behandeling ervaart en de lijdensdruk die dit geeft. Bij een hoge score biedt een gespecialiseerde oncologieverpleegkundige hulp aan of stelt vast welke andere hulp nodig is. Met veel enthousiasme zijn verpleegkundigen in heel Nederland inmiddels met deze Lastmeter aan de slag gegaan. Prachtig, zult u zeggen, maar voorzichtigheid is ook op zijn plaats. Hoe sterk patiënten de hulp van gespecialiseerde oncologieverpleegkundigen ook waarderen, recent onderzoek heeft laten zien dat uitsluitend verpleegkundige hulp onvoldoende bijdraagt aan verbetering van het psychisch welbevinden van patiënten met kanker (Cruickshank et al. 2008). Er zal dus meer moeten gebeuren, maar daarover later meer.

- *Adolescenten en jongvolwassenen met kanker*

Mijn eerste stappen in dit ziekenhuis heb ik nu bijna 25 jaar geleden als onderzoeker en psycholoog gezet binnen het Kinderoncologisch centrum. Psychosociale zorg voor kin-

deren met kanker en hun ouders is daar sinds jaar en dag verankerd in de totale zorg. Maar hoe is het om kanker te krijgen als je net iets ouder bent en één van de belangrijkste fases in je ontwikkeling doormaakt? Als je vlak voor een eindexamen staat, je aan het losmaken bent van je ouders, met een studie begint en uit huis gaat, in een nieuwe baan start, een relatie begint of een gezin wil stichten?

Michiel blijkt op 19-jarige leeftijd botkanker te hebben. Zijn been wordt geamputeerd en vele kuren met chemotherapie volgen. Voor deze ziekte is hij een zelfstandige, actieve en evenwichtige jonge man. Hij woont op kamers in de stad waar hij biologie studeert. Bij zijn hobby wielrennen behoort hij tot de betere amateurs, dagelijks legt hij vele kilometers af. Sinds enkele maanden heeft hij een relatie met een leeftijdgenote uit zijn studiegroep. Als Michiel ziek wordt, toont zij zich erg betrokken, maar door de vele ziekenhuisopnames is het moeilijk contact te houden. Vermagerd en met een beenprothese voelt Michiel zich erg onzeker tijdens bezoek van leeftijdgenoten, hij houdt dit liever af. Voor zorg is hij door zijn ziekte sterk aangewezen op zijn ouders, wat onnatuurlijk voelt na een studentenleven. In enkele maanden tijd heeft Michiel zijn zelfstandigheid, eigen woning, vriendschappen, vriendin en favoriete sport moeten inleveren. En nu krijgt hij ook nog een psycholoog aan zijn bed. Alsof hij niet sterk genoeg is om zijn eigen boontjes te doppen.

Tussen 15 en 35 jaar, in de late puberteit en de jongvolwassenheid, staan jonge mensen voor veel ontwikkelingstaken tegelijk. Kanker onderbreekt deze normale ontwikkeling abrupt en voor langere tijd. Jongvolwassenen worden weer teruggeworpen op de zorg van hun ouders, relaties komen niet op normale wijze tot bloei, en studie en werk staan een flinke tijd stil. Deze jonge kankerpatiënten worden bovendien geconfronteerd met onverwachte gevolgen, zoals onvruchtbaarheid, die hun leven blijvend beïnvloeden. In het televisieprogramma *Over mijn lijk* doen verschillende jonge mensen met kanker hun verhaal. In ons ziekenhuis is de naam AYA, die verwijst naar 'Adolescents and Young Adults with cancer' inmiddels een begrip. In aanvulling op de vaak multidisciplinaire medische zorg is een team van professionals beschikbaar met een medisch oncoloog, nurse practitioner, maatschappelijk werker en medisch psycholoog. Zij bewaken dat de AYA en zijn naasten het zware behandelingstraject goed doorkomen. Medische en psychologische zorg worden gelijktijdig aangeboden.

De komende jaren is de uitdaging gelegen in het systematisch in kaart brengen van medische, psychische en sociale problemen van deze groep met wetenschappelijk onderzoek. De vragen zijn met name waarin AYA's verschillen van gezonde leeftijdgenoten, of problemen tijdelijk of blijvend zijn, waar extra hulp nodig is en wat AYA's op eigen kracht kunnen. Via internet zullen wij deze jongeren voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek benaderen. Zij en de gezonde jongeren waarmee we hen willen vergelijken, zijn met behulp van moderne communicatiemiddelen beter te bereiken dan in eerder internationaal onderzoek het geval is geweest.

- *E-coach*

Internet biedt patiënten de mogelijkheid om thuis vragenlijsten in te vullen. Vragenlijsten zijn de belangrijkste hulpmiddelen van medisch psychologen om het psychisch functioneren van patiënten nauwkeurig te meten. Werden deze vroeger nog met papier en potlood ingevuld, ruim tien jaar geleden is op de afdeling Medische Psychologie de overstap gemaakt naar computerondersteunde psychodiagnostiek met de Testorganiser. Een belangrijke stap voorwaarts was enkele jaren geleden de ontwikkeling van de PatiëntProfielKaart door mijn collega dr. Jan Vercoulen en zijn promovendi. In één oogopslag krijgt een behandelaar daarmee veel informatie over de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand van een patiënt. Maar nog steeds moeten patiënten daarvoor, zoals ook voor veel medische diagnostiek, naar het ziekenhuis komen. In een tijd dat er steeds meer mogelijkheden zijn voor patiënten om via speciale websites of e-mail contact met hun arts te zoeken en digitale poli's als paddestoelen uit de grond schieten, zullen ook contacten met medisch psychologen op vergelijkbare wijze plaats gaan vinden. De patiënt hoeft niet meer naar het ziekenhuis te komen, wij komen met behulp van internet bij de patiënt aan huis.

Niet alleen informatie over het psychisch functioneren kan via internet worden uitgewisseld. Ook psychologische behandelingen worden inmiddels op deze manier aangeboden. Internettherapieën voor angst en depressie bestaan al in de geestelijke gezondheidszorg en blijken even waardevol als één-op-ééncontact met een therapeut. In ziekenhuizen zijn vergelijkbare internettherapieën voor patiënten met lichamelijke aandoeningen nog nauwelijks voorhanden. In het kader van wetenschappelijk onderzoek zijn het afgelopen jaar in samenwerking met mijn beide collegae dr. Andrea Evers en dr. Chris Verhaak, meerdere promovendi en softwarebedrijf IPPZ internetbehandelingen ontwikkeld voor patiënten met reuma, vruchtbaarheidsproblematiek en borstkanker. Deze behandelingen worden aangeboden vanuit dezelfde internetomgeving, de E-coach, maar zijn inhoudelijk zeer verschillend. Patiënten met reuma en vruchtbaarheidsproblematiek kunnen van de therapie gebruik maken in geval van psychische problematiek. Zij hebben naast informatie en oefeningen wekelijks contact met een E-coachtherapeut.

- *Patiënten met borstkanker*

Vrouwen met borstkanker komen ook zonder psychische problemen voor internettherapie in aanmerking. Hen wordt een zelfbehandeling aangeboden om problemen na afronding van de medische behandeling te voorkomen. Zonder hulp van een therapeut kunnen zij zelf weer op adem komen. De behandeling is daarom *Breath* genoemd, een afkorting voor Breast cancer e-health. *Breath* wordt op dit moment met subsidie van Pink Ribbon ontwikkeld, en voorlopig nog alleen in wetenschappelijk onderzoek aangeboden aan patiënten.

Waarom ben ik een voorstander van deze vorm van doe-het-zelfpsychologie? In de eerste plaats heb ik mij gerealiseerd dat de psycho-oncologische zorg voor volwassenen

een geheel andere invulling moet krijgen dan de intensieve psychologische begeleiding bij Kinderoncologie. In een tijd dat één op de drie volwassenen in de loop van zijn leven kanker zal krijgen, moet naar creatieve en doelmatige oplossingen gezocht worden om hulp voor vele patiënten met kanker toegankelijk te maken. In de tweede plaats is een zelfbehandeling aantrekkelijk omdat vrouwen met borstkanker met behulp van internet al veel doen aan zelfhulp. Via websites van de Borstkanker Vereniging Nederland en de Amazones wordt door patiënten informatie en ervaringen uitgewisseld; ook wordt lief en leed gedeeld op borstkanker internetfora. In de derde plaats zijn patiënten bij een zelfbehandeling niet afhankelijk van het feit of een verpleegkundige of arts signaleert dat iemand psychische hulp of ondersteuning kan gebruiken. De patiënt bepaalt zelf of, waarbij en wanneer zij hulp aangrijpt. In de vierde plaats kan een zelfbehandeling voorkomen dat meer ernstige psychische problemen ontstaan, doordat iemand met kanker al in een vroeg stadium aandacht kan besteden aan klachten, maar ook aan krachten. Laten we niet vergeten dat meer dan de helft van de vrouwen met borstkanker vooral op eigen kracht herstelt. Om te voorkomen dat dit met vallen en opstaan gebeurt, zoals het geval is geweest bij Marijke, worden patiënten in de zelfbehandeling geattendeerd op valkuilen en aangesproken op eigen krachtbronnen. Bij bestaande websites voor borstkankerpatiënten staan informatie en lotgenotencontact centraal, bij *Breath* wordt gedragsverandering gestimuleerd. Met filmpjes, zelftesten, opdrachten, informatie en zelfevaluatie, komen patiënten stapsgewijs verder. *Breath* is gericht op het psychisch functioneren van patiënten na afronding van de behandeling van borstkanker, als herstel op gang moet komen en er minder contact is met verpleegkundigen en artsen in het ziekenhuis. De nadruk ligt meer op krachten, dan op klachten.

- *Van distress naar empowerment*

Zoals gezegd krijgt één op de drie mensen kanker tijdens zijn leven. Lichamelijke klachten en psychische problemen brengen mensen uit balans, dit wordt *distress* genoemd. In de medische psychologie en ook in de psychosociale oncologie heeft *distress* van oudsher veel aandacht gekregen. Risicofactoren en risicoprofielen voor psychische problemen zijn veelvuldig onderzocht. De draaglast van de patiënt heeft in het wetenschappelijk onderzoek meer nadruk gehad dan de draagkracht. Veel energie is gestoken in het ontwikkelen van vragenlijsten om *distress* te meten, terwijl weinig meetinstrumenten voorhanden zijn om krachtbronnen van patiënten in kaart te brengen.

Ook in de probleemgestuurde geneeskunde is relatief weinig aandacht voor kracht die bij patiënten zelf aanwezig is. Gezondheid is een groot goed, en verlies van gezondheid brengt ons tijdelijk aan het wankelen. Voor de één duurt dit langer dan voor de ander. Degenen die tegelijkertijd kampen met andere verlieservaringen of problemen, krijgen het nog zwaarder te verduren. Maar uiteindelijk komen patiënten weer op krachten. Als wij als zorgverleners van meet af aan meer gericht zijn op het herkennen en aanspreken van de eigen krachten van patiënten, zal de patiënt hier zelf ook meer

oog voor houden. Soms is dit moeilijk, omdat de gevolgen van ziekte zó ingrijpend zijn, dat alleen problemen op de voorgrond staan. Voor de patiënt is ziekte een nieuwe, unieke en ernstige gebeurtenis, voor artsen is het een bekende, dagelijkse en normale aangelegenheid. Het perspectief van beiden op ziekte en herstel verschilt daardoor sterk. Een patiënt loopt aan tegen voor hem unieke problemen en gevolgen, een arts beschouwt deze als normaal onderdeel van het proces van ziekte en herstel. Klachten komen op de agenda voor een medisch consult, krachten niet vanzelfsprekend.

Iedere patiënt wil weer zo gezond mogelijk worden. De Romeinse schrijver en filosoof Seneca (1 v Chr. – 65 n Chr.) zei daarover: ‘Gezond willen worden is een deel der genezing’. Sommigen zullen dit citaat herkennen. Ik gebruikte het eerder in de aanhef van mijn proefschrift, omdat ik het zo treffend vind voor mijn vakgebied. Ook voor de Romeinen was al vanzelfsprekend dat gedrag en gezondheid samen gaan! Voor dit ‘deel der genezing’, dat gekoppeld is aan de wil van de patiënt, is patient empowerment van belang, het versterken van de eigen kracht van patiënten. Lichamelijk herstel en psychische kracht kunnen van elkaar profiteren. Voor goede psychosociale zorg hoeven wij niet per se extra behandelaars het ziekenhuis binnen te halen, maar moeten wij in de eerste plaats de patiënt als actieve en serieuze partner bij zijn eigen herstel betrekken. Niet iedereen kan of hoeft zijn kanker te overwinnen, zoals Tour de France winnaar Lance Armstrong of Olympisch kampioen zwemmen Maarten van der Weijden. Maar veel patiënten met kanker kunnen hun voordeel doen met tijdige aandacht voor een goede balans tussen klachten en krachten, tussen *distress* en *empowerment*.

- *Van psychotherapie naar zelfmanagement*

Wat kan psychologische behandeling daar aan bijdragen? Voor *distress* bij tal van lichamelijke aandoeningen is cognitieve gedragstherapie een waardevolle behandeling gebleken. Medisch psychologen in het UMC St Radboud hebben een voortrekkersrol gehad in het wetenschappelijk onderzoek van deze therapie voor patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom, psoriasis, fibromyalgie, chronische pijn, reuma, vermoeidheid na kanker en lichte vormen van dementie. In cognitieve gedragstherapie leert een therapeut aan een patiënt hoe hij zelf meer grip op zijn problemen kan krijgen. De therapeut motiveert en reikt technieken aan, het ziektegedrag wordt door de patiënt zelf aangepakt. Dit wordt zelfmanagement genoemd. Bij zelfmanagement gaat het om goede zelfzorg van symptomen en gevolgen van de ziekte, zodat een acceptabele kwaliteit van leven wordt bereikt (Barlow et al. 2002). Goede medische zorg door de arts en het aanpassen aan de chronische ziekte door de patiënt gaan daarbij hand in hand. Dagelijks gebruik van medicijnen, conditieverbetering en omgaan met beperkingen vereisen nieuw gedrag van de patiënt. Dit lukt alleen met goede adviezen over gedragsverandering. Deze kan een patiënt van zijn arts, verpleegkundige, maatschappelijk werker of medisch psycholoog krijgen, maar ook in een zelfbehandeling op internet. Trapsgewijze zorg, ook wel *stepped care* genoemd, en zorg op maat, ook wel *tailored care* genoemd,

zullen steeds het uitgangspunt moeten zijn. Enerzijds geen complexe en dure zorg inzetten als het met eenvoudige en goedkopere behandelingen ook kan. Anderzijds de zorg afstemmen op de vraag en behoeften van de patiënt. Starten met screening en zelfhulp, en als blijkt dat meer nodig is, intensievere zorg op maat aanbieden. Daarin ligt een uitdaging voor het nieuwe centrum voor oncologie, het RUCO. Een combinatie van tijdige screening en psychosociale zorg op maat voor al onze 20.000 patiënten met kanker. In mijn visie op oncologische zorg is medisch en psychologisch meer dan logisch!

En daarbij moeten we vooral oog hebben voor dat wat de patiënt zelf kan. Waar heeft u zelf vroeger meer van geleerd? Met enkele aanwijzingen zelf tot de juiste oplossing van een lastig probleem komen of een pasklare oplossing ontvangen? Voor patiënten is het niet anders. Maar laat ze niet zelf het wiel uitvinden. Of zonder zwemdiploma in het diepe springen. Dan zullen ze zeker verzuipen in de zee aan veranderingen die kanker veroorzaakt. Door zelf na een periode van ziekte en behandeling te werken aan in balans komen, door weer oog te krijgen voor eigen krachten die door ziekte en behandeling even op de achtergrond waren geraakt, wordt het zelfvertrouwen van patiënten versterkt.

‘Het leven is niet het leven dat wij leven; het is het leven dat wij ons voorstellen te leven.’ Dit schreef de arts Amadeu Prado in zijn boek, dat de rode draad vormt in de roman *Nachttrein naar Lissabon* van auteur Pascal Mercier, pseudoniem voor de Zwitserse filosoof Peter Bieri. Een zelfbehandeling zoals *Breath* kan helpen om een voorstelling te krijgen van een leven na borstkanker. Zelfbehandelingen zijn laagdrempelig en patiëntgericht, zijn innovatief in de psychosociale zorg voor patiënten met kanker en zijn toegankelijk voor grotere groepen patiënten dan andere psychologische behandelingen die op dit moment landelijk en regionaal worden aangeboden. En een voordeel is dat zorg niet in het ziekenhuis hoeft te worden gehaald, maar deze komt naar de patiënt toe.

- *Palliatieve zorg*

Gespecialiseerde psychosociale zorg uit het ziekenhuis naar de patiënt toebrengen wordt nog belangrijker in een fase van ziekte waarin duidelijk is dat iemand niet meer beter zal worden en aan zijn ziekte zal overlijden. Hoe groot de vooruitgang ook is die met nieuwe medische behandelingen wordt geboekt, kanker is doodsoorzaak nummer één in Nederland. Voor bijna de helft van de patiënten is kanker niet een chronische, maar een dodelijke ziekte. Deze patiënten komen met het voortschrijden van hun ziekte geleidelijk aan in palliatieve zorg. In de definitie van palliatieve zorg door de Wereldgezondheidsorganisatie zijn verbetering van kwaliteit van leven en verlichting van psychosociale problemen van meet af aan goed verankerd. Daardoor ben ik als medisch psycholoog vanaf de start in 2001 intensief betrokken bij de ontwikkeling van palliatieve zorg in het UMC St Radboud. In palliatieve zorg werken vele disciplines in teamverband samen. Al deze professionals zijn sterk betrokken bij de patiënt en zijn naaste, ook als het om psychische problemen gaat. Enerzijds is er daardoor veel oog voor deze klachten.

Anderzijds worden psychische problemen regelmatig door andere professionals in het team opgepakt, ook als deskundigheid van psychologen noodzakelijk is. Dit is niet de doe-het-zelfpsychologie waar ik voorstander van ben. Psychische problemen blijken in deze fase van het leven een andere kleur en expressie te krijgen en sterke wortels te hebben in verslechterende lichamelijke functies. Juist in palliatieve zorg is vakkennis van medisch psychologen daarom hard nodig.

In Nederland willen veel patiënten met kanker de laatste fase van ziekte thuis doormaken. De huisarts is dan de belangrijkste hulpverlener, die desgewenst een beroep doet op specialistische palliatieve zorg uit het ziekenhuis. De huisarts zal er ook voor waken dat er niet te veel verschillende hulpverleners aan het bed van de patiënt verschijnen. Maar hoe komt gespecialiseerde psychologische zorg dan toch bij de patiënt en zijn mantelzorgers terecht? Ook hier worden de mogelijkheden van internet nog onvoldoende benut. Informatie over veel voorkomende psychische problemen kan worden gekoppeld aan adviezen over behoud van kracht of gedragsverandering. En deze kunnen worden geraadpleegd door de huisarts of door de patiënt en mantelzorgers op een moment dat deze er aan toe zijn en er nog voldoende energie voor hebben. Of er kan als daar behoefte aan is via internet contact plaats vinden. Nu is dit allemaal nog toekomstmuziek. De uitdaging voor de komende jaren ligt in het realiseren van dergelijke innovatieve psychosociale zorg voor palliatieve zorgpatiënten en hun naasten.

- *Onderzoek in de psychosociale oncologie*

Wetenschappelijk onderzoek in de psychosociale oncologie is gericht op alle fases in oncologische zorg. De bevindingen zijn puzzelstukjes, die steeds meer zicht bieden op gedrag van mensen met kanker dat van belang is voor het optimaliseren van zorg. En dat gedrag is niet in elke fase hetzelfde.

Kanker start met diagnostiek. Vaak neemt dit enige tijd in beslag. Voor patiënten is dit een angstige en onzekere periode. Soms vindt sneldiagnostiek in één of twee dagen plaats. In samenwerking met de afdeling Longziekten onderzoeken wij of door sneldiagnostiek angst en onzekerheid van patiënten sneller afnemen. De diagnose kanker betekent slecht nieuws, maar kan gepaard gaan met extra slecht nieuws, zoals in geval van een erfelijke aanleg voor kanker. In samenwerking met Klinische Genetica onderzoeken wij of patiënten psychisch extra belast worden, als vlak na de diagnose darmkanker vastgesteld wordt dat tevens sprake is van erfelijke kanker.

Tijdens behandeling steken psychische problemen in wisselende mate de kop op. Ik heb ervoor gepleit om draaglast en draagkracht vroeg in kaart te brengen. In samenwerking met de afdeling Medische Oncologie wordt bij patiënten met borstkanker onderzocht of vroege signalering en extra zorg door een verpleegkundige helpt om latere psychische problemen te voorkomen. Of extra psychosociale zorg door verpleegkundigen ook een gunstig effect heeft na behandeling, wordt onderzocht bij patiënten met hoofdhalskanker.

In de palliatieve zorg staat het wetenschappelijk onderzoek nog in de kinderschoenen. Een van de vragen in het huidige onderzoek is hoe depressie vroegtijdig opgespoord kan worden bij patiënten die niet meer kunnen genezen. Ook wordt onderzocht hoe partners en kinderen na het overlijden van de patiënt terugkijken op experimentele behandelingen in de laatste levensfase. En verder is het voor wetenschappers een uitdaging om meer zicht te krijgen op de rol die spiritualiteit en religie spelen bij het psychisch functioneren in de laatste levensfase. In al deze onderzoeken werken medici en psychologen samen aan de verbetering van psychosociale zorg voor patiënten met kanker. Medisch en psychologisch, meer dan logisch.

ONDERWIJS EN OPLEIDING

Dames en heren studenten, goed onderwijs vormt de basis voor goede zorg. U bent de artsen van de toekomst, die nieuwe ontwikkelingen zoals door mij geschetst als vanzelfsprekend zullen integreren in uw medisch handelen. Het overdragen van kennis over medische psychologie is wat mij betreft dan ook een belangrijk onderdeel van uw opleiding. Vanaf mijn komst in 1986 bij de afdeling Medische Psychologie heb ik met veel enthousiasme onderwijs tot één van mijn kerntaken gerekend. Aanvankelijk heb ik mij vooral beziggehouden met praktisch klinisch onderwijs in arts-patiëntcommunicatie bij de opleiding geneeskunde. Later heb ik dit onderwijs vorm mogen geven in de opleiding tandheelkunde. Het was vervolgens een uitdaging om het theoretisch onderwijs medische psychologie aantrekkelijk voor het voetlicht te brengen. Psychologie is meestal niet het eerste waar studenten geneeskunde voor warm lopen. Twee van mijn ooms hebben mij dat zelfs tot na hun pensioen als arts vaak voorgehouden. Maar met enige zelfspot en veel voorbeelden uit de klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek lukt het om u de boodschap over te brengen dat lichaam en geest niet twee afzonderlijke entiteiten zijn, zoals de filosoof Descartes (1596 tot 1650) ons wilde doen geloven, maar onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Een goede ontwikkeling voor dit onderwijs was de uitgave in 2006 van het Nederlandstalige kernboek *Medische Psychologie*, waaraan ik mocht samenwerken met collegae van andere zusterfaculteiten (Kaptein et al. 2006). De tweede editie verschijnt dit jaar in een nieuw jasje en wordt naar de eisen van deze tijd aangevuld met een website. Studenten kunnen dan ook met filmpjes, powerpoints, zelfstudieopdrachten en links kennis nemen van dit mooie vakgebied.

Al vele jaren participeren wij als afdeling Medische Psychologie in postacademisch onderwijs voor artsen en voor psychologen. Met name in de bijscholing van eerste-lijnspsychologen en gezondheidszorgpsychologen in andere ziekenhuizen willen we de komende jaren een stap voorwaarts zetten. Bijscholingen over chronische pijn en over kanker zijn al langer geleden met enthousiasme in de eerste lijn ontvangen. De komende jaren willen we daar onderwerpen als infertiliteit, reuma, diabetes, longziekten, huid-aandoeningen en chronische ziektes bij kinderen aan toevoegen. Kennisoverdracht is niet het enige belang van deze bijscholingen. Het vormen van netwerken met eerste-

lijnspsychologen is cruciaal. Als de patiëntenzorg op de door mij geschetste wijze vorm zal krijgen, dan zullen meer patiënten dan nu het geval is een beroep gaan doen op psychologische hulp. Deze hulp kan en hoeft niet alleen in het ziekenhuis verstrekt te worden. Eerstelijnspsychologen kunnen daar een uitstekende rol in vervullen.

MEDISCH EN PSYCHOLOGISCH, MEER DAN LOGISCH

De sectie Psychologen in Algemene en Academische Ziekenhuizen (PAZ) van het Nederlands Instituut voor Psychologen heeft enkele jaren geleden het symbool van de psychologie, de Griekse letter psi, gecombineerd met het icoon van de geneeskunde, de esculaap, om tot een fraai logo voor Medische Psychologie te komen. Bij de start van de afdeling Medische Psychologie nieuwe stijl in 2008 werd dit beeld van een eigentijdse vormgeving voorzien om de missie van ons UMC, 'De patiënt wordt er beter van', kracht bij te zetten. Kwaliteit in de patiëntenzorg wordt gerealiseerd doordat medisch psychologen vanuit een centrale afdeling geïntegreerd zijn in vele klinische afdelingen. Bovendien is sprake van een sterke synergie tussen de drie kerntaken patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. In deze werkwijze is Medische Psychologie in het UMC St Radboud landelijk gezien toonaangevend. Maar een fraai model is geen garantie voor een goede financieringssysteem. Het is bijzonder te betreuren dat vergoeding van medisch psychologische zorg tussen de wal en het schip dreigt te vallen van de somatische gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Een vakgebied dat een brug wil slaan tussen twee disciplines, en daarmee de zorg voor patiënten wil verbeteren zou daarvoor moeten worden beloond, en niet worden bestraft. Een kwalijke ontwikkeling, waar patiënten niet beter van worden. Wij zullen ons er sterk voor maken dat patiënten niet de dupe zullen worden van dit hiaat in de overheidsfinanciering.

DIVERSITEIT

Op de plaats waar ik vandaag sta is door meerdere vrouwelijke hooggeleerde collegae een krachtig pleidooi gehouden voor een proactief beleid gericht op diversiteit bij benoemingen door het College van Bestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen en de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud.

Met als doel meer vrouwen in topposities, want het percentage vrouwelijke hoogleraren en universitair hoofddocenten in de geneeskunde blijft sterk achter bij het percentage vrouwelijke professionals en studenten. Mannelijke afdelingshoofden geven daarvoor regelmatig als verklaring dat vrouwelijke medewerkers veel stress en problemen ondervinden in het combineren van taken thuis en op het werk. In recent sociaalpsychologisch onderzoek is echter gebleken dat dit een misvatting is en dat werk- en thuisrollen elkaar juist versterken. Participatie in werk levert energie thuis op, en andersom. Dat geldt voor zowel mannen als vrouwen. Vanwege de dubbele taakstelling wordt tijd efficiënter gebruikt, worden vaardigheden beter ontwikkeld, en wordt beter gerelativeerd. Werknemers die meer van deze zogenoemde facilitatie ervaren zijn bovendien gezonder, ver-

zuimen minder en presteren beter. De combinatiebonus van werk en thuis is dus groter dan de combinatiestress (van Steenbergen, Ellemers & Mooijaart, 2007). En het goede nieuws is: vrouwen doen dit in sterkere mate dan mannen. Voor ons vrouwen is deze uitkomst geen verrassing, maar een *evidence based* verklaring helpt enorm het vooroordeel uit de weg te ruimen dat vrouwen werk en privé niet kunnen combineren. Hooggeleerde heren afdelingshoofden, mag ik u als managers van het personeelsbeleid verzoeken de volgende spreuk goed te onthouden: privé en werk, samen sterk! Geen tegeltjeswijsheid, maar hard bewijs. En wellicht voor sommigen van u nog een persoonlijk advies: mocht u tot diegenen behoren die bij thuiskomst opgewacht worden met pantoffels, een warme maaltijd of gedouchte kinderen die hun huiswerk afhebben, realiseert u zich dan dat uw gezondheid en arbeidsprestaties meer zouden verbeteren als u op dat moment de handen uit de mouwen zou steken.

Diversiteit betreft overigens niet alleen benoemingen van vrouwen. Bij mijn benoeming is er nog een geheel andere invulling aan gegeven. Vermoedelijk is het College van Bestuur zich er niet van bewust geweest dat ik tot nog een andere minderheid behoor. Zelf heb ik mij dat ook lange tijd niet gerealiseerd tot ik midden jaren negentig een formulier van personeelszaken van het UMC St Radboud ontving. Mij en alle andere ziekenhuismedewerkers werd gevraagd om het geboorteland van beide ouders in te vullen. Daarmee kon vastgesteld worden of het ziekenhuis als grote werkgever voldeed aan de verplichting om een minimum percentage aan allochtonen in dienst te hebben. Vele collegae vonden dit stigmatiserend en weigerden het formulier in te vullen. Ik deed dat wel en bleek tot mijn verrassing een niet-westerse allochtoon te zijn, omdat mijn moeder Nederlands-Indisch is. Op dat moment heb ik mijzelf tot troetelallochtoon van de afdeling gebombardeerd, ook al werd dat woord pas in 2005 in de Dikke van Dale opgenomen. Want wie denkt bij mij nou aan een allochtoon? Inmiddels ben ik overigens door aangepast definities van het Centraal Bureau voor de Statistiek opgewaardeerd tot westerse allochtoon, maar dat mag de pret niet drukken. Als vrouw, allochtoon en psycholoog ben ik een vreemde eend in de bijt van veelal mannelijke, autochtone en medische afdelingshoofden in ons ziekenhuis, maar desondanks voel ik mij er goed thuis.

EEN WOORD VAN DANK

Ik wil het College van Bestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen en de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud danken dat zij mij het vertrouwen geven om als houder van de kernleerstoel en als afdelingshoofd Medische Psychologie onze ambitieuze plannen te gaan realiseren.

Veel dank wil ik ook uitspreken aan diegenen die mij hebben opgeleid en zij die mij hebben gecoacht op belangrijke momenten in mijn carrière. Hooggeleerde Van Lieshout, beste Kees, jij hebt mij enthousiast gemaakt voor wetenschappelijk onderzoek en mij tijdens en na mijn opleiding ontwikkelingspsychologie zeer veel geleerd over onder-

zoeksmethodologie. Hooggeleerde Van Aken, beste Marcel, jij hebt het pad geëffend om als wetenschappelijk onderzoeker in het toenmalige Academisch Ziekenhuis aan de slag te gaan. Zeergeleerde Hulstijn-Dirkmaat, beste Ineke, in jouw afdeling Kinderpsychologie heb ik in mijn eerste jaren als praktiserend psycholoog ervaren wat een mooi vak medische psychologie is. Van jou heb ik ook geleerd hoe belangrijk coachend en empatisch leiderschap is. Hooggeleerde Bleijenberg, beste Gijs, jij bent een zeer ervaren klinisch psycholoog en een uitstekend onderzoeker, die mij als opleider en promotor veel kansen heeft geboden. Zonder de samenwerking met jou had ik hier vandaag niet gestaan. Hooggeleerde Van der Meer, beste Jos, jij bent meer dan mijn promotor geweest, op cruciale beslismomenten in mijn carrière blij jij een geweldige mentor te zijn. Hooggeleerde Kraaimaat, beste Floor, in de vier jaar dat wij intensief hebben samengewerkt, heb jij mij veel vertrouwen geschonken en in sneltreinvaart nieuwe functies en verantwoordelijkheden toebedeeld. Jij hebt mij klaargestoomd voor het afdelingsmanagement, niet wetende dat dit onverwacht snel aan de orde zou zijn. Hooggeleerde dames Lagro en Van der Graaf, beste Toine, beste Winette, jullie waren de eerste vrouwelijke hoogleraren die ik van dichtbij heb mogen meemaken. Zonder dat jullie het beseften, zijn jullie voor mij de afgelopen jaren uitstekende rolmodellen geweest.

Mijn dank komt ook vooral toe aan hen met wie ik dagelijks in onze afdeling mag samenwerken. Bedrijfsleider Mulder, beste Hans, zeergeleerden Verhaak, Evers en Vercoulen, beste Chris, Andrea en Jan, ik prijs mij gelukkig met jullie als leden van ons managementteam. Ik heb zeer veel waardering voor de succesvolle wijze waarop jullie de schouders onder de veranderingen in onze afdeling hebben gezet. Beste collega's van de afdeling Medische Psychologie, velen van jullie ken ik al vele jaren en het liefst zou ik jullie allemaal noemen, maar dan sta ik hier vanavond nog. Veel bewondering heb ik voor jullie teamgeest en toewijding aan onze patiënten en studenten. Ik ben er trots op dat ik met jullie samen inhoud en vorm aan onze afdeling mag geven. Enkele collegae wil ik met name noemen. Hooggeleerde Kessels, beste Roy, het verheugt mij dat jij na jouw benoeming aan de Faculteit Sociale Wetenschappen verbonden bent gebleven aan onze afdeling. De onderzoekslijn neuropsychologie is bij jou in uitstekende handen. Zeergeleerde Bazelmans, beste Ellen, jij bent de drijvende kracht voor het onderwijs communicatie en consultvoering, dat zonder jou niet op het huidige niveau was gekomen. Beste Helma, Ria, Nancy en Jacintha, jullie trouw en ondersteuning zijn voor mij onmisbaar.

Promovendi en junioronderzoekers, jullie zijn de bouwstenen voor de toekomst van de medische psychologie en de psychosociale oncologie. Het is voor mij een bron van inspiratie om met jullie en jullie promotoren en copromotoren samen wetenschappelijk onderzoek te doen.

Hooggeleerde en zeergeleerde collegae in het UMC St Radboud, het is een voorrecht met zo velen van u en uw stafleden te mogen samenwerken in onderzoek en onderwijs, en te ervaren dat u steeds opnieuw uw patiënten aan ons toevertrouwt.

Lieve vrienden en familieleden, ik stel het enorm op prijs dat jullie op deze voor mij zo bijzondere dag met velen aanwezig zijn.

Lieve Fred en Josje, ik ben er trots op dat jullie mijn ouders zijn. Westerse nuchterheid en ambitie gingen in ons gezin samen met Oosterse warmte en zorg. Bij deze combinatie ben ik welgevaren, ook al hadden jullie daar grote zorgen over in de fase dat ik een erg lastige puber was.

Lieve Annelien, als kleuter zei jij mij dat jij later als moeder niet zou gaan werken, maar bij jouw kinderen wilde blijven. Dat sneed door mijn moederhart, maar hield mij niet thuis. Gelukkig maar, want inmiddels denk jij er heel anders over. Met jouw enthousiasme en veelzijdigheid ligt er een mooie loopbaan op jou te wachten. Daar ben ik van overtuigd.

Lieve Wouter, het valt niet mee om, zoals jij pleegt te zeggen, een nerd als moeder te hebben. Zeker niet in een fase van je leven dat je liever niet al te veel tijd achter studieboeken doorbrengt. Met jouw brede belangstelling en intelligentie zul je hoe dan ook jouw eigen weg wel vinden. Daar heb ik alle vertrouwen in.

Lieve Ben, jij hebt ons leven verrijkt. Jij geeft meer dan je ontvangt en bent het zonnetje in ons huis.

Lieve Peter, 25 jaar samen getrouwd, 25 jaar ieder een eigen carrière. Voor ons geldt zeker privé en werk, samen sterk. Meer dan wie dan ook heb jij mij al die jaren onvoorwaardelijk gesteund en gestimuleerd om mijn eigen weg te gaan. En daar ben ik je erg dankbaar voor.

Ik heb gezegd

LITERATUUR

- Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002;48:177-187.
- Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dossier I, Dallas L. Specialist breast cancer nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database* 2008, CD 005634.
- Falagas ME, Zarkadoulia EA, Ioannidou EN, Peppas G, Christodoulou C, Rafailidis PI. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Res* 2007;9(4):R44.
- Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. *Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen*. Den Haag: Gezondheidsraad 2007; publicatie nr. 2007/10. ISBN 978-90-5549-641-9.
- Groenvold M, Petersen MA, Idler E, Bjorner JB, Fayes PM, Mouridsen HT. Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2007;105(2): 209-19.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database* 2008, CD000011.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Onderzoek naar de kwaliteit van de oncologische zorgketen voor patiënten die behandeld worden met radiotherapie*. Den Haag: IGZ, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, maart 2009.
- Kaptein AA, Erdman R, Prins J, van de Wiel HBM. *Medische Psychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
- Kessels, R. Patients' memory for medical information. *Journal Royal Society of Medicine* 2003;96, 219-222.
- Levy RL, Langer SL, Whitehead WE. Social learning contributions to the etiology and treatment of functional abdominal pain and inflammatory bowel disease in children and adults. *World J Gastroenterol* 2007; 13(17): 2397-2403.
- Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008;64(4):383-91.
- Steenbergen EF van, Ellemers N, Mooijaart A. How work and family can facilitate each other: distinct types of work-family facilitation and outcomes for women and men. *Journal of Occupational Health Psychology* 2007;12:279-300.