

University of Groningen

Kanker en kwaliteit van leven

Sanderman, R.; Ranchor, A.V.

Published in:
 Oncologica

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
 Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2005). Kanker en kwaliteit van leven. *Oncologica*, (2), 71-73.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Kanker en kwaliteit van leven

De 'variabele' leeftijd in perspectief

De psychosociale oncologie richt zich op de psychische en sociale oorzaken van kanker maar vooral ook op de gevolgen van kanker en de behandeling daarvan (De Haes e.a., 2001; Sanderman & Ranchor, 2002; Sanderman, 2003).

De aandacht gaat behalve naar de patiënt ook uit naar de naasten. Tevens houdt de psychosociale oncologie zich bezig met de strategieën die mensen met kanker en hun naasten hanteren om met de ziekte om te gaan. De impact van een ziekte zoals kanker wordt beïnvloed door een veelheid aan factoren.



Natuurlijk gaat de aandacht vaak uit naar de ernst van de ziekte en de prognose, maar duidelijk is dat de impact en gevolgen voor kwaliteit van leven mede bepaald worden door iemands kwetsbaarheid. Uit onderzoek blijkt dan ook dat de ernst van de aandoening maar zeer gedeeltelijk een verklaring vormt voor de kwaliteit van leven. Het is bekend dat een veelheid aan persoonlijke kenmerken en kenmerken van de omgeving van de patiënt, mede van invloed zijn op hoe mensen met hun ziekte omgaan. We verwijzen hier deels naar iemands copinggedrag (omgaan met stress) dat zowel verwijst naar intrapsychische processen (zoals opvattingen, iemands persoonlijkheid en emoties) als naar zichtbaar gedrag, maar ook naar de steun die iemand van belangrijke anderen krijgt. Interessant is dat er recentelijk ook meer aandacht is voor de factor leeftijd en voor genderverschillen. In dit artikel gaan we in op de gevolgen van de ziekte kanker voor kwaliteit van leven en geven we aandacht aan een aantal van de in deze inleiding genoemde begrippen. We bespreken een en ander vooral tegen de achtergrond en de betekenis van leeftijd (verschillen). Het belang om aandacht te hebben voor mogelijke leeftijdsverschillen wordt duidelijk als we de incidentie van kanker bij mannen en vrouwen in oenschouw nemen. Zowel voor mannen als vrouwen geldt dat zo'n 30% 75 jaar of ouder is. Bij mannen vinden we 46% terug in de groep 60-74 jarigen en bij vrouwen valt 24% van de kankerpatiënten in die leeftijdscategorie (Van Leeuwen e.a., 2001).

Sanderman is hoogleraar gezondheidspsychologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen en Ranchor is universitair hoofddocent gezondheidspsychologie aldaar. Beiden zijn tevens verbonden aan de Discipliniegroep Gezondheidswetenschappen, sectie Health Psychology van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

prof.dr. Robbert Sanderman en dr. Adelita Ranchor

De 'variabele' leeftijd

Leeftijd wordt vaak als een lastige variabele gezien die onderzoeksresultaten kan verstoren. Dit is de reden waarom in analyses voor deze variabele wordt 'gecontroleerd'. Dat wil zeggen dat via statistische methodes verschillen tussen groepen, op te onderzoeken variabelen zoals kwaliteit van leven, worden uitgemiddeld. Maar daarmee is vaak het probleem in inhoudelijke zin niet van tafel. Zo zullen we zien dat verschillen worden gevonden ten aanzien van bijvoorbeeld kwaliteit van leven. A posteriori wordt dan bedacht hoe deze kunnen worden verklaard. Het is van belang dat het perspectief van de levensloop en levensfasen meer apriori wordt betrokken bij het benaderen van het probleem van ziek zijn. Dit dient van invloed te zijn op de vragen die we ons stellen ten aanzien van ziekte en veroudering en de wijze waarop we dit (kunnen) onderzoeken bij patiënten van bijvoorbeeld 75 jaar en ouder, iets dat maar heel weinig wordt gedaan.

Het is evident dat we in verschillende levensfasen verschillende adaptieve opgaven hebben. Vanuit geheel wisselende perspectieven kijken we in de loop van de tijd naar ons eigen leven, naar de opgaven waar we voor staan, naar gezondheid en ziekte en de wijze waarop we met problemen als gevolg van ziekte omgaan.

Het is belangrijk oog te hebben voor leeftijd als het gaat om psychosociale aspecten, maar ook als het gaat om medisch-biologische aspecten. Repetto e.a. (2003) wijzen op het feit dat speciale aandacht dient te zijn voor de oudere patiënt omdat biologische processen bij ouderen anders verlopen dan bij relatief jongere patiënten. Dit heeft invloed op het ontstaan en verloop van de ziekte, maar heeft ook gevolgen voor de behandeling. Hierover is nog veel onduidelijk. Zo zien we dat de resultaten van behandelingsstudies, die vaak onder relatief jongere patiënten worden uitgevoerd, vertaald worden naar de oudere patiënt met kanker, terwijl ze onder die groep niet afdoende zijn onderzocht. Zo onderzochten Yee e.a. (2003) aan de hand van Canadese 'clinical trials' gegevens over het aantal patiënten in trials naar leeftijd. Ze vonden dat 22% van de oudere patiënten (waarbij uitgegaan is van een leeftijd ouder dan 65 jaar) aan trials deelnam in een bepaalde periode, terwijl 58% van de patiënten in deze leeftijdsgroep viel. Dit mag toch een zeer opmerkelijk verschil worden genoemd met belangrijke consequenties.

Een belangrijk aspect bij oudere patiënten is juist dat comorbiditeit vaak een rol speelt en dat hierdoor sprake is van een bijzondere mate van kwetsbaarheid die de weerbaarheid lichamelijk en psychisch ondermijnt. In de literatuur wordt daarvoor het begrip 'frailty' gehanteerd. Onderzoek gericht op de haalbaarheid en effectiviteit van



bepaalde behandelingsmodaliteiten onder kwetsbare ouderen wordt bepleit. De geriatrie lijkt hier een aangewezen discipline om bij te dragen aan verbetering in onderkenning van problematiek en behandeling.

Kwaliteit van leven

Een van de vragen die vaak gesteld wordt, is: "Wat is de invloed van de ziekte kanker op de kwaliteit van leven?" Het antwoord is niet eenvoudig. Kwaliteit van leven kan worden opgevat als de verzameling van te onderscheiden psychische, fysieke en sociale indicatoren van welbevinden. Natuurlijk is er een invloed van de ziekte op de verschillende aspecten van kwaliteit van leven, maar lang niet zoals die wordt verwacht. Opvallend is bijvoorbeeld dat verschillen in kwaliteit van leven tussen patiënten en gezonden soms afwezig zijn, of lang niet zo pregnant als men zou veronderstellen op basis van de stress die een ziekte en de behandelingen met zich meebrengen. Dit maakt natuurlijk nieuwsgierig naar de wijze waarop mensen omgaan met de ziekte, iets wat de impact van de ziekte en de behandeling modereert. Daarover zo meer, eerst iets over kwaliteit van leven en mogelijke leeftijdseffecten.

In een longitudinaal onderzoek onder patiënten met kanker waarbij mensen vanaf kort na diagnose tot acht jaar daarna zijn gevolgd, hebben we kunnen constateren dat patiënten jonger dan 65 jaar in de eerste maanden na diagnose meer depressieve klachten ervaren in vergelijking met patiënten van 65 jaar of ouder (Schroevens e.a., 2004). Indien we de relatief jongere groep (jonger dan 65 jaar) acht jaar na diagnose vergelijken met de oudere groep, zien we dat de ouderen meer beperkingen ervaren in sociale en huishoudelijke bezigheden. Dit komt echter overeen met een referentiegroep en wijst dus op normale veroudering.

Interessant is echter om te zien dat de jongere groep ook acht jaar na diagnose meer lichamelijke klachten ervaart en meer beperkingen in sociale bezigheden dan een vergelijkingsgroep. Onderzoek van Thome e.a. (2004) onder patiënten met kanker van 75 jaar en ouder ten opzichte van een vergelijkingsgroep van ouderen zonder kanker bevestigt dit beeld en vult het aan. Er werden verschillen op bijna alle onderdelen van kwaliteit van leven gevonden. Binnen de groep met kanker treden er vervolgens weer verschillen op; de relatief jongere groep (75-79 jaar) steekt over het algemeen gunstig af tegenover de groepen boven de 80 jaar.

Maar het verschil met de vergelijkingsgroep in de oudste groep is minder groot. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de impact in termen van afname van kwaliteit van leven in de groep van 75-79 jaar groter is omdat zij duidelijker verschillen van niet-patiënten.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten op kwaliteit van leven waarbij nadrukkelijk naar de leeftijd wordt gekeken. Vergelijkingen hebben ook vaak betrekking op jonge patiënten (jonger dan 50 jaar) ten opzichte van patiënten die ouder zijn. De echt ouderen (ouder dan 75 jaar) worden weinig betrokken in onderzoek. Tegelijk wordt duidelijk hoe belangrijk het is om oudere patiënten met kanker te vergelijken met andere ouderen met en zonder een aandoening. Het verouderingsproces heeft immers effecten die meegewogen moeten worden. Zonder referentie aan gezonde ouderen ontstaat te snel het beeld dat het een gevolg van de kanker betreft.

Coping en sociale steun

Om de vraag te beantwoorden wat het mogelijk eigene en specifieke is aan het omgaan met de ziekte kanker op oudere leeftijd staat ons maar weinig materiaal ter beschikking. Eigen onderzoek (Schroevens e.a., 2004) laat zien dat patiënten onder de 65 jaar ten opzichte van oudere, acht jaar na diagnose, meer bezig zijn met existentiële vragen en daarbij ook meer positieve gevolgen van de ziekte ervaren. Zoals eerder aangegeven rapporteren jongere patiënten ook meer depressieve gevoelens. Ziek zijn 'past' als het ware beter bij het perspectief dat mensen hebben als ze oud zijn. Veel kennis ontbreekt nog, kennis die van belang is bij het nemen van behandelingsbeslissingen, de behandeling zelf en de psychosociale begeleiding. Een belangrijk element in het omgaan met ziekte is de steun van een mogelijke partner en de sociale omgeving. Hann e.a. (2002) laten zien dat sociale steun van belang is voor het functioneren, waarbij netwerk en steun bijdragen aan minder depressie, maar bij jongeren niet op dezelfde wijze als bij ouderen (respectievelijk jonger en ouder dan 55 jaar).

Voor wat betreft de ervaren steun wordt geen verschillend verband gevonden. Voor de omvang van het netwerk wel. Een groter netwerk leidt tot minder depressie bij jongeren, terwijl voor de oudere patiënten geen verband wordt gevonden. Evident is dat het sociale netwerk van de oudere patiënt vaak meer is 'aangedaan' waardoor steun als hulpbron kwetsbaarder wordt.

Een speciale rol hierin is weggelegd voor de partner. Steun van een intieme partner is erg belangrijk. Omdat een partner vaak wegvalt, is dit een terrein om nader te onderzoeken en te bekijken hoe vooral oudere patiënten zonder partner (of met een partner die ook kwetsbaar is door een ziekte) ondersteund kunnen worden.

Op basis van de uitkomsten gemeld in de vorige paragraaf, waarbij oudere patiënten minder depressief lijken te zijn terwijl ze meer functionele beperkingen rapporteren in vergelijking met relatief jongeren, zou mogen worden afgeleid dat zij beter weten om te gaan met hun ziekte. Op zich een aanemelijke gedachte gezien de levensfase waarbij ziekte en achteruitgang een gegeven is, met daarbij de ervaring met ziekte die mensen zelf en met significante anderen uit hun omgeving vaak al hebben opgedaan. In dat kader is het even-



eens van belang dat we zien dat er genderverschillen bestaan in de manier waarop mensen met hun ziekte en met de ziekte van een partner omgaan. Vrouwen lijken daarbij extra kwetsbaar te zijn, zowel als patiënt als als partner van een patiënt. Bovendien hebben vrouwen in de rol van partner meer last van gevoelens van tekortschieten bij het geven van steun aan hun zieke partner (Hagedoorn e.a., 2002).

Leeftijd in perspectief

Naarmate patiënten ouder zijn, is sprake van meer lichamelijke beperkingen terwijl jongere patiënten meer depressieve symptomen ervaren. De fysieke klachten en beperkingen kunnen, naast de invloed van de ziekte, vooral worden toegeschreven aan het toenemen van klachten als gevolg van het ouder worden. Vanzelfsprekend speelt naast het afnemen van de functionele status door veroudering ook mee, dat oudere patiënten naast de kanker vaak een of meer andere aandoeningen hebben. Het feit dat de relatief oudere patiënt veel minder vaak in medische trials deelneemt, zet ook vraagtekens bij de mogelijkheden om resultaten uit trials te vertalen naar de oudere patiënt. In feite raakt dit ook aan de besluitvormingsprocessen. Indien we niet precies kunnen zeggen wat een behandeling voor consequenties heeft op oudere leeftijd, wordt het ook lastig goede adviezen te geven. Chouliara e.a. (2004) onderzochten beslissingsprocessen bij oudere patiënten waarbij zij er op wijzen dat deze wel eens anders en minder simpel zouden kunnen liggen dan soms wordt aangenomen, en waarbij de aanname 'kies nu maar gewoon voor een minder agressieve behandeling' zeker niet op gaat. Onderzoek hiernaar is van belang met een voor deze groep heel eigen vraagstelling, zoals de 'frailty' van patiënten, het cognitief functioneren, co-morbiditeit en de wensen en waardering ten aanzien van kwaliteit van leven onder deze patiënten.

Een aanmerkelijk percentage van de patiënten met kanker valt in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. In de groep 60-74 jaar zien we dat er duidelijk genderverschillen zijn: veel meer mannen dan vrouwen hebben kanker. Tegelijk zien we in het psychosociaal oncologische onderzoek een nadruk op groepen onder de 75 jaar; zo wordt vaak een grens van 75 jaar aangehouden voor inclusie en treffen we veel patiënten met borstkanker aan binnen dit onderzoeksterrein. Deze selectiviteit draagt er toe bij dat nog veel kennis ontbreekt over de gevolgen voor kwaliteit van leven en het omgaan met de ziekte bij ouderen. Voor medisch onderzoek zien we eenzelfde effect doordat relatief weinig oudere patiënten aan 'clinical trials' deelnemen. Dit houdt dan ook in dat we voor de oudere patiënt bij zaken als informatievoorziening, besluitvormingsprocessen en de essentiële rol van de patiënt nog veel kennis op basis van onderzoek missen.

Naast leeftijd is het ook van belang te kijken naar man-vrouw verschillen. Zowel in de rol van patiënt als van partner. Als we, met dit in gedachten, de dominantie van onderzoek onder vrouwelijke patiënten die jonger zijn, plaatsen tegenover de grotere groep mannen die juist op wat oudere leeftijd kanker heeft, geeft dit ook aan dat hier dringend behoefte is aan veel meer kennis ten dienste van een optimale zorg aan oude patiënten. Immers, de gegevens uit onderzoek laten zien dat leeftijd- en genderverschillen zich beide voordoen.

Generalisaties naar andere leeftijd- en seksegroepen moeten dus met zeer veel voorzichtigheid worden gemaakt.

Tot slot

Naarmate patiënten ouder zijn, is sprake van meer lichamelijke beperkingen terwijl jongere patiënten meer depressieve symptomen ervaren. De fysieke klachten en beperkingen kunnen, naast de invloed van de ziekte, vooral worden toegeschreven aan het toenemen van klachten ten gevolge van het ouder worden. Vanzelfsprekend speelt, naast het afnemen van de functionele status door veroudering, ook mee dat oudere patiënten vaak een of meer andere aandoeningen hebben. We hebben verder gewezen op verschillen ten aanzien van coping en de rol van sociale steun naar leeftijd- en genderverschillen die het beeld verder compliceren. Gezien het grote en toenemend percentage oudere kankerpatiënten bestaat alle reden om veel aandacht te gaan besteden aan het eigene van kanker onder ouderen.

Correspondentie

r.sanderman@med.umcg.nl



Literatuur

- Chouliara, Z., Miller, M., Stott, D., Molassiotis, A., Twelves, C. & Kearney, N. (2004). Older people with cancer: perceptions and feelings about information, decision-making and treatment - a pilot study. *Eur J Oncol Nurs*, 8 (3), 257-61.
- Haes de, J.C.J.M., Gualthérie van Wezel, L.M., Sanderman, R. & Wiel van de, H.B.M. (2001). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: handboek voor de professional*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Buunk, B.P. & Wobbes, T. (2002). Failing in spousal caregiving: the 'identity-relevant stress' hypothesis to explain sex differences in caregiver distress. *British Journal of Health Psychology*, 7, 481-494.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J. & Kielytyka, R.L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *J Psychosom Res.*, 52 (5), 279-83.
- Leeuwen van, F.E., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2001). Epidemiologie van kanker: mate van voorkomen en risicofactoren. In: Haes de, J.C.J.M., Gualthérie van Wezel, L.M., Sanderman, R. & Wiel van de, H.B.M. *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: handboek voor de professional*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Repetto, L., Venturino, A., Fratino, L., Serraino, D., Troisi, G., Gianni, W. & Pietropaolo, M. (2003). Geriatric oncology: a clinical approach to the older patient with cancer. *Eur J Cancer*, 39 (7), 870-80.
- Sanderman, R. (2003). De psychosociale oncologie gewogen. *Gedrag en Gezondheid*, 31 (2), 75-85.
- Sanderman, R. & Ranchor, A.V. (2002). Themanummer Psychosociale Oncologie. *Gedrag en Gezondheid*, 30 (3), 153-244.
- Schroevers, M.J., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2004). The role of age at the onset of cancer in relation to survivors' long-term adjustment: a controlled comparison over an eight-year period. *Psycho-oncology*, 13 (10), 740-52.
- Thome, B., Dykes, A.K. & Hallberg, I.R. (2004). Quality of life in old people with and without cancer. *Qual Life Res*, 13 (6), 1067-80.
- Yee, K.W., Pater, J.L., Pho, L., Zee, B. & Siu, L.L. (2003). Enrollment of older patients in cancer treatment trials in Canada: why is age a barrier? *J Clin Oncol.*, 15, 21 (8), 1618-23.