

University of Groningen

KOP

Grol, B.M.F.; Sanderman, R.; Tuinman, M.

Published in:
 Tijdschrift Kanker

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:
 2001

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

Citation for published version (APA):

Grol, B. M. F., Sanderman, R., & Tuinman, M. (2001). KOP: van project naar reguliere zorg. *Tijdschrift Kanker*, 25, 10-12.

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.

U

Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van leven na deelname aan de kortdurende oncologische psychotherapie toeneemt en de medische consumptie afneemt.

Het Integraal Kankercentrum Noord Nederland heeft gezocht naar mogelijkheden om dit relatief goedkope hulpaanbod structureel te verankeren in de reguliere gezondheidszorg. Vorig jaar heeft een evaluatieonderzoek plaatsgevonden naar de ervaringen van verwijzers, psychologen en kankerpatiënten met de implementatie van deze vorm van psychotherapie.

B.M.F. Grol, R. Sanderman en M. Tuinman

Uit het evaluatieonderzoek kwam naar voren dat wanneer onder bepaalde voorwaarden het hulpaanbod wordt overgedragen aan vrijgevestigde psychologen, de opzet en de inhoud van de oorspronkelijk ontwikkelde en onderzochte kortdurende psychotherapie niet wezenlijk verandert. Verder blijkt dat de kortdurende therapie als een goede aanvulling op de reguliere zorg wordt gezien waaraan meer bekendheid zou moeten worden gegeven en waarbij psychologen en verwijzers elkaar beter zouden moeten informeren.

Verwerkingsproblematiek

Veel kankerpatiënten worden geconfronteerd met min of meer ernstige psychosociale problemen zoals angst, onzekerheid, depressie, machteloosheid, verdriet en schuldgevoelens die onder de noemer 'verwerkingsproblematiek' kunnen worden geschaard. Deze problemen beperken zich niet alleen tot kankerpatiënten met een slechte prognose, maar doen

zich tevens voor bij kankerpatiënten die 'genezen' zijn verklaard^(1,2,3). Uit onderzoek van Schrameijer en Brunenberg⁽⁴⁾ blijkt dat ongeveer 35% van de kankerpatiënten (ernstige) psychosociale problemen ervaart en ongeveer 25% behoefte heeft aan gerichte psychosociale begeleiding.

Verhulde vorm

Veel verwerkingsproblemen worden niet als zodanig herkend. De oorzaak lijkt ten dele te liggen in een terughoudende attitude van sommige patiënten: artsen zouden 'het toch al zo druk hebben' en men wil niet ondankbaar lijken voor de ontvangen fysieke behandeling⁽⁵⁾. Een tweede oorzaak van het niet herkennen van verwerkingsproblemen hangt samen met de aard van de problematiek zelf. Verwerkingsproblemen komen veelal tot uiting in verhulde vorm (vermoeidheid, vage pijnklachten en slaapproblemen). Zonder speciale aandacht van behandelaars voor de betekenis van deze klachten zal signalering van de onderliggende verwerkingsproblematiek

Kortdurende Oncologie

KOP: regulie

worden gemist. Dit heeft tot gevolg dat de betreffende symptomen - zo deze al ter sprake komen - in veel gevallen met medische middelen worden bestreden⁽⁶⁾. Een dergelijke behandeling is vrijwel altijd ineffectief en bovendien kostbaar. Een ander probleem is dat symptomen doorgaans schoksgewijs optreden en bijgevolg soms afwezig lijken of zijn.

Rationale van de KOP

Tegen deze achtergrond is, in opdracht van het Integraal Kankercentrum Noord Nederland (IKN), door het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) een kortdurend individueel psychologisch hulpaanbod voor kankerpatiënten⁽⁶⁾ ontwikkeld en geëvalueerd. Dit is het zogenaamde KIK-project (Kortdurende Interventies voor Kankerpatiënten). Uitgangspunt van de psychologische behandeling is om het verwerkingsproces te bevorderen door het doorbreken van gevoelens van angst en machteloosheid en het vergroten van het gevoel van controle. Zowel wat betreft vorm als inhoud wordt daarom met een vaste structuur gewerkt die is vastgelegd in een protocol⁽⁷⁾. De behandeling omvat omstreeks zeven sessies en bestaat uit een aantal stappen, waaronder het uiten van emoties, het positief labelen van klachten als futloosheid en angst en het richten van de aandacht op datgene waarover de patiënt nog wel controle kan krijgen. De patiënt krijgt ten slotte een 'vijfstrippenkaart' mee op basis waarvan de patiënt naar eigen inzicht en behoefte gebruik kan maken van de psychologische

Grol is hoofd
Ondersteunende
Zorg.
Tuinman is project
medewerker bij het
Integraal
Kankercentrum
Noord Nederland in
Groningen en
Sanderman is hoofd-
leraar psychosociale
aspecten van de
oncologie en direc-
teur van het
Noordelijk Centrum
voor
Gezondheidsvraag-
stukken in
Groningen.

an project naar re zorg

hulp. Uit het onderzoek⁵ naar de effecten van deze kortdurende vorm van psychologische hulp blijkt dat na deelname de kwaliteit van leven toeneemt (angst en depressie nemen af) en dat de medisch consumptie afneemt.

Voorbeeld: mevrouw Petersen

Mevrouw Petersen⁶ heeft als gevolg van borstkanker een borstamputatie en chemotherapie en radiotherapie ondergaan. Een halfjaar na de laatste behandeling wordt mevrouw Petersen vanwege vermoeidheid en het onvermogen de draad van het dagelijkse leven op te pakken, verwezen naar de kortdurende oncologische psychotherapie. De vermoeidheid, de angst en het vele huilen valt haar van haarzelf tegen. Ze voelt zich schuldig omdat ze niet meer die flinke vrouw is van voorheen (emoties uiten). Tijdens de sessies komt ze steeds meer tot de ontdekking dat ze het er best moeilijk mee mag hebben, dat haar gevoelens normaal zijn en dat ze die gevoelens serieus mag nemen (positief labelen). Het verlies van haar gezondheid en van de zelfsprekendheid van het leven moeten worden verwerkt, maar dat kost tijd en energie. Deze inzichten hebben tot gevolg dat ze de beperkingen die ze ervaart gemakkelijker kan accepteren (focus op wat ze nog wel kan). Haar zelfvertrouwen, dat een flinke geuk had opgelopen, neemt dan ook weer toe. Ze durft weer wat meer te ondernemen, plannen te maken en een oude hobby op te pakken (probleemoplossend vermogen).

Aangezien het hulpaanbod weinig extra infrastructuur vereist, het een kortdurende hulpaanbod betreft (gemiddeld zeven gesprekken) en de medische consumptie afneemt, kan worden gesteld dat deze vorm van professionele hulp verhoudingsgewijs goedkoop is. Daarom heeft het IKN onder meer de volgende stappen ondernomen om deze kortdurende oncologische psychotherapie structureel te verankeren in de oncologische zorg in de IKN-regio.

Overdracht en kwaliteit

In het kader van de structurele verankering dient het hulpaanbod verspreid over de gehele IKN-regio beschikbaar te zijn, zodat de kankerpatiënt redelijk dicht bij huis kan worden geholpen. Ten behoeve hiervan heeft meerdere keren een driedaagse training en intervisie voor psychologen plaatsgevonden. Bij het werven van de psychologen is onder meer gekeken naar hun werkgebied teneinde een redelijke verspreiding over de gehele IKN-regio te bewerkstelligen en witte plekken te reduceren (=spreiding). Anderzijds is er voor gezorgd zo min mogelijk psychologen met hetzelfde werkgebied te selecteren opdat de betreffende psychologen ieder jaarlijks voldoende ervaringen met kankerpatiënten op kunnen doen (=concentratie).

Vergoeding van de KOP

De kortdurende oncologische psychotherapie moet betaalbaar zijn. Daartoe heeft het IKN de drie grootste noordelijke zorgverzekeraars benaderd voor het financieren van de therapie. Met de onder-

zoeksresultaten en de afname van de medische consumptie als wapen in de hand hebben uiteindelijk vier zorgverzekeraars toegezegd de therapie onder bepaalde voorwaarden te willen vergoeden. Eén van die voorwaarden is een eigen bijdrage van de patiënt.

Vroegsignalering en verwijzing

Uit het eerdergenoemde onderzoek⁶ is gebleken dat de korte checklist voor medisch specialisten waarin items zijn opgenomen ten behoeve van het signaleren en verwijzen (zoals vermoeidheid, eetlust, nachtrust, emotionele onrust) in de praktijk zelden werd gebruikt. Uit aanvullende interviews⁷ met diverse verwijzers kwam naar voren dat het signaleren en het verwijzen door medisch specialisten wordt bemoeilijkt door factoren als tijdgebrek, het niet als een taak zien systematisch te vragen naar symptomen die wijzen op verwerkingsproblemen, onbekendheid met de psycholoog zelf en met het veelvuldig voorkomen van psychosociale problemen bij kankerpatiënten. Naar aanleiding hiervan zijn twee workshops over het signaleren van psychosociale problemen voor verwijzers georganiseerd.

De KOP in de praktijk

Van 1997 tot en met 1999 hebben omstreeks 35 KOP-psychologen 660 kankerpatiënten behandeld. Van deze kankerpatiënten hebben 365 (55%) de kortdurende psychotherapie ondergaan. Van de 248 afgeronde kortdurende behandelingen is van 143 een registratie bijgehouden (58%). Het gaat hier-

bij om 84% vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 50,5 jaar (21-78 jaar). Samenhangend met het geslacht heeft meer dan de helft (60%) borst- of gynaecologische kanker. Bijna tweederde (66%) heeft, naar eigen zeggen, een gunstige prognose, 15% een ongunstige prognose en bij 17% is de prognose onduidelijk. Bijna tweederde van de kankerpatiënten (65%) wordt verwezen door artsen, waarvan 20% door een huisarts en 45% door een medisch specialist. Het aantal sessies bedraagt gemiddeld zeven, waarbij angst, depressie, verwerkingsproblemen, vermoeidheid en relationele problemen het vaakst aan de orde komen.

Evaluatieonderzoek

In 2000 is een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar de ervaringen met de KOP van verwijzers, de KOP-psychologen en de kankerpatiënten. Achterliggende vraag hierbij was: 'Wat gaat goed en wat kan beter?'. Deze evaluatie is uitgevoerd met behulp van vragenlijsten die deels zijn gebaseerd op interviews met betrokkenen. Hoewel aan alle drie bovengenoemde groepen vragen werden gesteld over de bekendheid met, de verwijzing naar en de financiering van de KOP, kreeg elke groep ook op hun werkzaamheden of rol toegespitste vragen voorgelegd. Zo werd aan de psychologen gevraagd een oordeel te geven over de KOP-training en de KOP-methode. De patiënten werd gevraagd naar hun welbevinden bij aanvang en na beëindiging van de KOP. De verwijzers kregen onder meer de vraag voorgelegd welke factoren de verwijzing naar de KOP belemmeren dan wel bevorderen. In totaal hebben 59 verwijzers, 25 psychologen en 49 kankerpatiënten gereageerd. Dat is een respons van iets meer dan 50% per groep.

Ervaringen

Mede de meerderheid van de verwijzers bevindt zich met de KOP in de praktijk. Voornamelijk de verwijzers met de huisartsen worden hiervoor betaald. De meest genoemde

de aanleiding voor verwijzing van een kankerpatiënt is verwerkingsproblematiek. De hulpverleners zijn op de hoogte van signalen die wijzen op verwerkingsproblematiek en zien dit ook als aanleiding om te verwijzen naar een psycholoog. Volgens de verwijzers nemen zij veel vaker (44%) het initiatief om over de emotionele toestand van de patiënt te praten dan de patiënt (4%).

Uit de ervaringen van de KOP-psychologen blijkt dat de methode die wordt geleerd tijdens de training effectief is voor het oplossen van psychosociale problematiek bij kankerpatiënten. De KOP-methode wordt vaker in de thuissituatie toegepast dan in het ziekenhuis.

De kankerpatiënten geven aan dat de KOP hulp heeft geboden, zowel door het verminderen van de problemen als door het versterken van het gevoel van welzijn en het gevoel van controle. Ook zeggen zij dat ze door de KOP beter om kunnen gaan met hun situatie. Volgens 96% van de patiënten zou de KOP dan ook standaard onder de aandacht van kankerpatiënten moeten worden gebracht. Een groot deel van de patiënten verkiest een KOP-psycholoog die is gespecialiseerd in de oncologie boven een niet-gespecialiseerde psycholoog. Volgens de patiënten nemen zij veel vaker (58%) het initiatief om over de eigen emotionele toestand te praten dan de verwijzer (24%).

Wat kan beter?

Uit de antwoorden van de betrokkenen blijkt dat er verbeteringen nodig zijn. Zo vinden verwijzers en psychologen elkaars informatieverstrekking te summier.

Verwijzers zouden meer informatie bij verwijzing kunnen geven en psychologen meer terugkoppeling na afsluiting van de therapie. Daarnaast geven bijna alle psychologen aan dat het wenselijk is dat de partner van de patiënt betrokken wordt bij de therapie. Slechts weinig patiënten lopen dit voor. Deze moge kned zou beter onder de aandacht van de patiënt gebracht kunnen worden. De ver-

wijzers geven tot slot aan niet tevreden te zijn met de vergoeding van de therapie door de zorgverzekeraars. De vergoeding zou volgens hen moeten worden verbeterd zodat er geen belemmeringen zijn voor de patiënt om deel te nemen aan de therapie.

Discussie en conclusies

Het overdragen van het hulpaanbod aan vooral vrijgevestigde psychologen blijkt geen wezenlijke verandering teweeg te brengen in de opzet, de inhoud en de kwaliteit van de kortdurende psychotherapie. De door het IKN ondernomen acties ten aanzien van de implementatie zijn hieraan mede debet.

Het aantal kankerpatiënten met invasieve tumoren in de IKN-regio was in de jaren 1997 tot en met 1999 tezamen omstreeks 29.000¹. Op grond van deze incidentie en het percentage kankerpatiënten dat behoefte heeft aan gerichte psychosociale begeleiding (25%)² hadden 7.250 patiënten in de IKN-regio een beroep kunnen doen op deze psychosociale begeleiding. Het totaal aantal kankerpatiënten dat in deze periode gerichte psychosociale begeleiding (bijvoorbeeld van andere psychologen en maatschappelijk werkers) heeft gehad, zal ongetwijfeld groter zijn dan de 660 kankerpatiënten die door de KOP psychologen zijn behandeld. Desalniettemin kan worden gesteld dat het aantal kankerpatiënten dat gebruikmaakt van de kortdurende oncologische psychotherapie klein is. De bekendheid, de signalering en de financiering van en de verwijzing naar de geboden hulp blijft derhalve een punt van zorg.

Dit blijkt ook uit het evaluatieonderzoek. Zo vinden zowel verwijzers als patiënten dat de ander minder vaak het initiatief neemt dan zichzelf om te praten over de emotionele toestand van de patiënt. Wellicht overschat ieder zijn eigen aandeel hierin. Dat de verwijzer zichzelf overschat wordt ondersteund door de interviews met hen, waaruit blijkt dat diverse factoren de verwijzing bemoeilijken. Aangezien de patiënt in dit

geval een 'kwetsbare' klant is, zou de verwijzer er goed aan doen vaker zelf te beginnen over de emotionele toestand van de patiënt en het hulpaanbod.

(Fragmenten uit dit artikel zijn ontleend aan het onderzoeksrapport van Heyink et al., zie literatuurlijst.)

Literatuur

1. Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Kuchemann CJ, Crabtree RJ, Cornell CE. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *BMJ* 1978;279:963-965.
2. Kaufman E, Mischa VG. A model for psychotherapy with the good prognosis cancer patient. *Psychosomatics* 1987; 28:540-548.
3. Bos-Branolte G, Zielstra EM, Rijshouwer YM, Divenvoorden HJ. Psychotherapy in patients cured of gynaecological cancers. *Recent Results in Cancer Research* 1988; 108:277-288.
4. Schrameijer F, Brunenberg W. Psychosociale zorg bij kankerpatiënten: patiënten en hulpverleners over problemen en hulpaanbod. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid 1992.
5. Hughes JE. Psychological and social consequences of cancer. *Cancer surv* 1987; 6: 455.
6. Heyink J, Tempelaar R, Heuvel F, Groel B, Sanderman R. Kortdurende interventies bij kankerpatiënten. Werking en effecten van het KIK-project. Groningen. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Integraal Kankercentrum Noord Nederland, 1997.
7. Heuvel F, Linden van den Heuvel C van, Wiel H van de. Kortdurende interventies bij kankerpatiënten. Een therapieprotocol. Groningen. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1997.
8. Heuvel F. Een kijkje in de praktijk van een KOP-psycholoog. *IKN Nieuws* 1998; 23: juni.
9. Vessies TFM. Vragen om moeilijkheden. Vroegsignalering van psychosociale problemen bij (ex-)kankerpatiënten, door specialisten en oncologieverpleegkundigen. Groningen. Integraal Kankercentrum Noord Nederland, 1997.
10. Tuinman M. Evaluatie van de Kortdurende Oncologische Psychotherapie. Integraal Kankercentrum Noord Nederland, 2000.
11. Regionale Kankerregistratie, Integraal Kankercentrum Noord Nederland.

Dutch Colorectal Cancer Group

Nieuwe vorm landelijke samenwerking bij colorectaalcarcinoom

In de afgelopen jaren zijn op het gebied van het colorectaalcarcinoom enkele uitstekende klinische studies opgezet waar een zeer groot aantal Nederlandse centra aan hebben deelgenomen. Voorbeelden zijn de TME- en de PROCTOR-studie, geleid door collega Van de Velde, en de adjuvante studies bij het colon- en colorectaalcarcinoom geleid door respectievelijk de collegae Mulder en Zoetmulder. Het succesvol verrichten van deze klinische studies in Nederland is vooral te danken aan een goede samenwerking tussen de disciplines Heelkunde, Radiotherapie, Medische Oncologie, en Pathologie. Ook het zeer geslaagde 1st Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress dat dit jaar in Noordwijk werd gehouden is hiervan een gevolg. Hiermee is gebleken dat bij dit tumortype grote gerandomiseerde studies op landelijk niveau kunnen worden uitgevoerd. Hierdoor zijn wij in principe niet meer afhankelijk van het studieaanbod van derden, maar opent dit de mogelijkheid om zelf het initiatief tot studies te nemen die direct aansluiten bij de op dat moment meest relevante

klinische vraagstelling zoals geformuleerd door de betrokken beroepsgroepen.

Om dit te bereiken en het bestaande samenwerkingsverband een werkelijk nationaal karakter te geven hebben onderstaande vertegenwoordigers van genoemde disciplines alsook de voorzitter van de commissie Landelijke Werkgroep Gastro-Intestinale Tumoren (welke zich vooral met de richtlijnen bemoeit) besloten zich te verenigen in een bestuur waarmee de samenwerking een formeel karakter heeft gekregen. Elke discipline zal haar eigen platform samenstellen, hetgeen, voor zover nog niet is gebeurd, binnen de beroepsverenigingen van deze disciplines nader zal worden uitgewerkt. De ideeën die vanuit deze disciplines voortkomen zullen door het bestuur worden gecoördineerd.

De doelstelling van de Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG) is het in nationaal verband bevorderen van klinisch wetenschappelijk onderzoek en daardoor de kwaliteit van de diagnostiek en de behandeling op het gebied van het colorectaal carcinoom. Het bestuur roept alle collega's van

genoemde disciplines op om zich achter dit initiatief te scharen. Het bestuur is er zich terdege van bewust dat een dergelijke loyaliteit alleen kan worden bereikt als er een logistieke ondersteuning van dit klinisch onderzoek tegenover staat. De Vereniging van Integrale Kanker Centra staat positief tegenover dit initiatief en kan met de regionale trialbureaus ondersteuning bieden. Voorts zullen financiële middelen moeten worden verkregen voor bijvoorbeeld monitoring, kwaliteitsbewaking en centrale aansturing. De beleidsnota van de Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding 2001-2005 biedt hiertoe goede perspectieven en nog dit jaar zal dit met de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF verder worden uitgewerkt. Via nieuwsbrieven zult u op de hoogte worden gehouden van nieuwe ontwikkelingen.

Prof. dr. G. J. A. van't Hof-Grootenboer, Medische Oncologie, Universitair Ziekenhuis Groningen, is voorzitter van de werkgroep.

Dr. ir. G. J. H. van't Hof-Grootenboer, Radiotherapie, Universitair Ziekenhuis Groningen, is voorzitter van de werkgroep. De werkgroep is te bereiken via de website www.dccg.nl of via de telefoon op nummer 030-3611111.