

**Studie over de behoeften en organisatie van de psychosociale
ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten**

- Volume III -

HOOFDPROMOTOR

D. Razavi

HOOFDCOPROMOTORS

I. Merckaert et Y. Libert

WETENSCHAPPELIJKE COLLABORATOREN

S. Bauwens, J.-J. Body, P. Jacquet de Haveskerke, C. De Valck, D. de Valériola, N. Delvaux, A.-M. Etienne, C. Heremans, L. Holtzer, F. Liebens, S. Marchal, R. Mathys, Ch. Reynaert, W. Rombouts, A. Ronson, W. Rommel, A. Ruth, E. Sariban, P. Scalliet, K. Schiepers, W. Schrauwen, H. Termonia

April 2005

Nota voor de lezer

Dit rapport is samengesteld uit drie verschillende volumes die overeenkomen met drie specifieke doelstellingen. Iedere volume houdt een algemene inleiding en drie hoofdstukken in. Iedere hoofdstuk is een samenhangend geheel en kan dus onafhankelijk gelezen worden in functie van de individuele interesses van iedereen. Een laatste deel dat besteed wordt aan de aanbevelingen voor het ontwikkelen van de psycho-oncologie in België werd in het laatste deel toegevoegd.

Inhoudsopgave

Volume I

Voorwoord	1
Doelstelling 1. Studie over de psychosociale behoeften van patiënten met kanker en A18hun naasten	4
Hoofdstuk 1. Evaluatie van de emotionele toestand en van de psychosociale behoeften van patiënten met kanker	21
Hoofdstuk 2. Evaluatie van de emotionele toestand en psychosociale behoeften van de belangrijkste begeleiders van patiënten met kanker	55
Hoofdstuk 3. Evaluatie van de capaciteiten van de artsen om de emotionele nood en de psychosociale behoeften van patiënten met kanker te evalueren	101

Volume II

Doelstelling 2. Studie over de psychosociale moeilijkheden van kinderen met kanker en hun naasten	124
Hoofdstuk 1. Evaluatie van de emotionele toestand en psychosociale behoeften van kinderen met kanker	139
Hoofdstuk 2. Evaluatie van de emotionele toestand en psychosociale behoeften van de belangrijkste begeleiders van kinderen met kanker	173
Hoofdstuk 3. Evaluatie van de capaciteiten van de artsen om de emotionele noden en psychosociale moeilijkheden van kinderen met kanker waar te nemen	216

Volume III

Doelstelling 3 en 4. Organisatie van de begeleiding van psychosociale behoeften van de patiënten met kanker	240
Hoofdstuk 1. Evaluatie van de organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie	252
Hoofdstuk 2. Evaluatie van de interventies van psychosociale steun verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie	273
Hoofdstuk 3. Evaluatie van de professionele levenskwaliteit van de psychosociale interveniënten in de oncologie	294
Aanbevelingen voor de ontwikkeling van de psycho-oncologie in België	313
Synthese van de voornaamste aanbevelingen voor de ontwikkeling van de psycho-oncologie in België	339

Doelstelling 3 en 4:

Organisatie van de begeleiding van psychosociale behoeften van de patiënten met kanker

Algemene Inleiding

De behandeling van kankeraandoeningen is in de laatste 30 jaar erg vooruitgegaan waardoor de levensduur van de patiënten kan verlengd worden (Brenner 2002). Bovendien is genezing vandaag steeds meer een mogelijkheid. Desalniettemin blijven kankeraandoeningen en hun behandeling de oorzaak van een reeks cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties die zowel de patiënten aangaan als hun verwanten en naasten (Northouse, 1994; Kazak *en al.*, 1997; Lederberg, 1998; Northouse *en al.*, 2001; Giammona *en Malek*, 2002). Deze reacties zijn beschouwd als crisissen die geassocieerd zijn met verschillende fasen van de ziekte; de eerste symptomen (Smith *et al.*, Arndt *et al.*, 2002), de diagnose (Faulkner *et al.*, 1996; Bonadona *et al.*, 2002; Schofield *et al.*, 2003), de behandelingen (Mc Corkle, 1998), de terugkeer thuis en remissie (Ganz *et al.*, 2002; Joly *et al.*, 2002), de terminale fase en overlijden (Bruera *et al.*, 1997; Pereira *et al.*, 1997).

De kanker en zijn gevolgen kunnen bovendien psychiatrische stoornissen met zich meebrengen, als een directe of indirect neveneffect van kanker en zijn behandelingen; en dit gedurende de verschillende fasen van de ziekte. Tussen de meest voorkomende psychiatrische verwickelingen noteren wij; acute of chronische aanpassingstoornissen (Razavi *et al.*, 1994), depressie (Massie *et al.*, 1994), angst (Welch-Mc Caffrey *et al.*, 1989; Stark *et al.*, 2002), misselijkheid en braken (Lichter, 1996; Davis *et al.*, 2000), enkele seksuele stoornissen (Ofman *et al.*, 1992; Shell 2002), moeheid (Stone (2002), anorexia (Brown, 2002.; Inui 2002), cognitieve stoornissen (Meyers, 19999) en pijn (Cherny *et al.*, 1994). Kanker kan ook een reeds bestaande psychiatrische stoornis verergeren en uiteenlopende stoornissen als uni- en bipolaire aandoeningen, psychotische aandoeningen en verschillende verslavingen geneesmiddelen, alcohol, enz) in hun evolutie versnellen.

De zorgstaat heeft de praktische en emotionele uitwisselingen van hulp zeldzaam gemaakt en maakt het moeilijk aan vrienden hulp te vragen, hetgeen onvermijdelijk een belangrijke tijdinvestering vergt. De talrijke psychologische, sociale en psychiatrische gevolgen hebben de nood aan het ontwikkelen van een multidisciplinaire oncologische zorgverlening voor de kankerpatiënten en hun naasten met zich meegebracht (Hicks *en al.*, 2001; Newell *en al.*, 2002). Deze multidisciplinariteit biedt vaak een antwoord op de door de patiënten geuite behoeften aan een zo globaal mogelijke benadering, om hen de mogelijkheid te geven hun psychische en fysieke integriteit zo goed mogelijk te behouden, om de omkeerbare moeilijkheden te herstellen en de onomkeerbare te compenseren (Lipowski, 1971; Mooney *et al.*, 1989).

Binnen deze multidisciplinariteit benadrukt de bestaande literatuur de potentiële impact van psychologische interventies op de patiënten in de oncologie (Newell, S.A. *et al.*, 2002):

- Uitbreiding van de kennis over de ziekte en de behandelingen;
- Verbetering van het emotionele aanpassingsvermogen, van de levenskwaliteit van de manieren van aanpassen op de situatie;
- Verbetering van de fysieke gezondheid ;
- Verbetering van de tevredenheid ten opzichte van de zorgen;
- Vermindering van de symptomen verbonden aan de behandelingen en de ziekte;
- Verhoging van de therapietrouw;
- Verlenging van de levensduur of van de periode van remissie.

In Europa of in Canada geven 10% van de kankerpatiënten aan tenminste één psychologische interventie te hebben gekregen (Montbraind, 1993; Maher et al., 1994; Begbie et al., 1996; Sollner et al., 1997; Miller et al., 1998; Warrick et al., 1999). Onder hen hoopt 25% dat deze therapie hen van kanker zal genezen, 75% onder hen ziet het als een ondersteuning van de traditionele behandelingen (Miller et al., 1998). In een vergelijkende studie die plaatsvond in Australië heeft het geheel van de patiënten met kanker die beroep gedaan hebben op een psycholoog aangegeven dit nogmaals te willen doen indien nodig. Ze zijn bovendien bereid dit aan te raden bij andere patiënten. Daarentegen, geven 20% van de patiënten die zich hebben gewend tot alternatieve therapieën, het verlangen om terug te gaan niet aan en weigeren ze de therapie aan te bevelen aan andere patiënten (Miller et al. 1998). De meerderheid van de oncologen neemt eveneens een positieve houding aan voor wat betreft de aanbevelingen van psychologische interventies ten opzichte van hun patiënten (Bourgeault, 1996; Newell, S. et al., 2000).

Deze psychosociale interventies zijn hoofdzakelijk het werk van professionelen uit de gezondheidszorg (psychiaters en psychologen). Met dit doel wordt tegenwoordig een breed scala aan psychologische interventies aangeboden aan psychologen die zich op het vaak onbekende terrein van de strijd tegen kanker willend begeven. Deze psychologische interventies hebben een verscheidenheid aan doelstellingen (evaluatie, informatie, steun, psychotherapie), werkvormen (individueel, per koppel, familiaal, per groep of verbindingswerk), theoretische referenties (analytische, cognitieve gedragstherapie, systemiek of andere) en duur (eenmalig, op korte of lange termijn). Als leden van het team mogen deze psychosociale interveniënten ook aan de psychosociale interveniënten verscheidene interventies aanbieden om zo deel te nemen aan de professionele levenskwaliteit van de zorgverlenende ploeg (verbindingswerk, teamvergaderingen, spreekgroepen enz.) Het doel van de psychosociale interventies in de oncologie is dus alle betrokkenen te helpen, namelijk de patiënt, zijn familie en de zorgverleners, om zo goed mogelijk het hoofd te kunnen bieden aan het evenement "kanker", aan het fenomeen "dood" en aan de "stress" die ermee gepaard gaan, en om zo de mogelijkheden voor een optimale levenskwaliteit te kunnen bieden (Bertman, 1980; Oppenheim et al., 2004).

De oncologische praktijk onderwerpt niettemin iedere hulpverlener aan verschillende stressfactoren. Deze factoren zijn eigen aan de ziekte (hoge sterftcijfer, onrecht en partieel begrip), aan zijn behandelingen (confrontatie met de primaire en secundaire gevolgen, nood aan pluridisciplinair werk) en aan de reacties van de patiënten en van hun naasten (hoog niveau van emotionele nood en daarbijhorende gedrag, communicatie moeilijkheden) (Delvaux et al., 1988; Kash et al., 2000). Bovendien vertoeven psychologen in ziekenhuisinstellingen een specifieke emotionele omgeving. Dit emotionele werk kan hun professionele aanpassing benadelen en een emotionele uitputting veroorzaken (Ashfort et al., 1995)..

In België werd nog geen enkele studie op nationaal vlak gevoerd om de organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie, de kenmerken van de psychosociale ondersteuningsinterventies uitgevoerd door de psychosociale interveniënten evenals de professionele levenskwaliteit van de psychosociale interveniënten werkzaam in deze sector te evalueren.

Algemene Doelstellingen

Het project heeft als algemene doelstellingen een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie te doen van de behoeften van patiënten met kanker en hun naasten, namelijk de psychosociale interventies die hen zijn voorgesteld en de psychosociale behoeften van de interveniënten die deze interventies verzekeren.

In het kader van dit project, tracht de derde operationele doelstelling de verschillende taken die worden toegewezen aan de psychosociale interveniënten kwantitatief te identificeren: deze die zij effectief verwezenlijken alsook deze die zij idealiter hadden voorzien. Deze doelstelling richt zich eveneens op de identificatie van de strategieën voor psychosociale ondersteuning gebruikt door de interveniënten, evenals de strategieën die ze zouden willen toepassen. Tenslotte richt deze doelstelling zich ook op de evaluatie van de bronnen van professionele stress, het niveau van professionele uitputting, en de nood aan psychosociale ondersteuning bij de psychosociale interveniënten.

De vierde operationele doelstelling tracht kwalitatief de vraag en het aanbod van psychosociale steun in de klinische gesprekken, met psychosociale hulpverleners, patiënten met kanker en hun naasten, te bestuderen. Aangezien een grote meerderheid van de psychologen hun deelname aan deze doelstelling hebben geweigerd, werd de derde doelstelling aangepast om zowel een kwantitatieve als kwalitatieve evaluatie toe te laten van de psychosociale ondersteuning aangeboden aan patiënten met kanker en hun naasten in België.

De derde doelstelling kan dus opgesplitst worden in drie algemene doelstellingen die het onderwerp zijn van de drie verschillende hoofdstukken:

- De evaluatie en organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie
- Evaluatie van de interventies voor psychosociale ondersteuning verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie
- Evaluatie van de professionele levenskwaliteit van de psychosociale interveniënten in de oncologie.

Het eerste hoofdstuk zal gewijd zijn aan de evaluatie van de organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie en zal zich toespitsen op:

- De evaluatie van de sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van de psychosociale interveniënten in de oncologie
- De evaluatie van de algemene werkorganisatie van de psychosociale interveniënten in de oncologie (uurrooster, aantal en type patiënten en naasten die hulpverlening krijgen, wijze van aanwerving van patiënten en hun naasten, belang van het multidisciplinair werk)

Het tweede hoofdstuk zal gewijd zijn aan de kwantitatieve alsook kwalitatieve evaluatie van de psychosociale interventies verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie en zal zich toespitsen op:

- De evaluatie door de psychologen van de moeilijkheden die hun patiënten tegenkomen;

- De evaluatie van de taken toegewezen aan de psychosociale interveniënten in de oncologie;
- De evaluatie van de taken verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie;
- De evaluatie van de taken die de psychosociale interveniënten in de oncologie idealiter hadden voorzien.

Het derde hoofdstuk zal gewijd zijn aan de kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie van de professionele levenskwaliteit van de psychosociale interveniënten in de oncologie en zal zich toespitsen op:

- De evaluatie van de bronnen van professionele stress die de psychosociale hulpverleners in de oncologie ondervinden.
- De evaluatie van de professionele stress beleefd door de psychosociale interveniënten in de oncologie.
- Evaluatie van de professionele uitputting van de psychosociale interveniënten in de oncologie
- De evaluatie van de bronnen van psychosociale ondersteuning waarvan de psychosociale interveniënten in de oncologie genieten.
- De evaluatie van de behoeften aan psychosociale ondersteuning bij de interveniënten in de oncologie.

Algemene methodologie

Aanwerving van de proefpersonen

Ziekenhuisinstellingen die kankerpatiënten behandelen werden voor de helft gerekruteerd in het Vlaamse Gewest en voor de andere helft in het Waalse Gewest. Er werden eveneens twee patiëntenverenigingen gekozen in elk gewest. Alle psychologen uit de deelnemende ziekenhuisinstellingen en patiëntenverenigingen die tenminste 10 uur per week besteden aan de hulpverlening van patiënten met kanker of hun naasten, werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie.

Keuze van de proefpersonen

Inclusiecriteria voor de psychosociale hulpverleners :

- psycholoog zijn;
- tenminste 10 uur per week besteden aan de begeleiding van patiënten met kanker of hun naasten;
- voldoende kennis hebben van het Nederlands of van het Frans om deel te nemen aan de studie;
- bereid zijn om deel te nemen aan de evaluaties die in de studie voorzien zijn en een informed consentformulier hebben ondertekend.

Exclusiecriteria voor de psychosociale interveniënten :

- uitsluitend in de afdeling voor palliatieve zorgen of uitsluitend in de palliatieve instellingen tewerkgesteld zijn;
- uitsluitend in pediatrie tewerkgesteld zijn.

Type studie

Deze studie is descriptief, multi-centrisch, nationaal.

Duur van de studie

De inzameling van de gegevens werd gespreid over een periode van 6 maanden gaande van april 2004 tot en met september 2004.

Inzameling van de gegevens

De evaluatie van de proefpersonen gebeurde individueel. Een telefonisch contact werd genomen met het geheel van de personen om hun inclusiecriteria na te gaan en om hen uit te nodigen deel te nemen aan de studie. De verschillende zelfevaluatie-vragenlijsten (gestandaardiseerd en gevalideerd) werden per post verstuurd naar de personen die hadden toegestemd deel te nemen aan de studie. Een voorgezegelde briefomslag begeleidde deze post, om de vragenlijsten ingevuld terug op te sturen. Een telefoonnummer werd ter beschikking gesteld van de deelnemers opdat zij alle vragen konden stellen in verband met de inhoud van de vragenlijsten of over de studie in het algemeen. Met elk interveniënt die zijn/haar vragenlijst na twee weken niet had teruggestuurd, werd telefonisch

contact genomen. De ontbrekende gegevens van de verschillende zelfevaluatieschalen werden vervolledigd tijdens een laatste telefonisch contact.

Evaluatie instrumenten

- Specifieke sociodemografische en socioprofessionele vragenlijst voor de psychologen die interventies uitvoeren in de oncologie (leeftijd, geslacht, familiale toestand, moedertaal, meest gesproken taal, opleiding, diploma's, aantal jaren algemene klinische praktijk en in de oncologie, huidige plaats van praktijk).
- Specifieke vragenlijst die de gewenste en de behaalde specifieke opleidingen van de psychosociale interveniënten onderzoekt voor de verschillende types interventie; (evaluatie, informatie, steun, psychotherapie), verschillende interventiekaders (individueel, per koppel, in gezinsverband, in groepsverband of verbindingswerk), verschillende theoretische psychotherapeutische modellen (analytisch, cognitief-gedragsmatig, systemisch of andere), verschillende interventietechnieken (overdracht, psychodrama, hypnose, ontspanning, biofeedback, visualisatie, systematische desensibilisatie, defocalisatie van de aandacht, bio-energetiek, musicotherapie, kunsttherapie, tekening, spel, stressbeleid of andere) en verschillende theoretische kennisgebieden (medische aspecten in de oncologie, psychologische aspecten in de oncologie, sociale aspecten van de oncologie en basistechnieken voor een gesprek);
- Specifieke vragenlijst die de werkorganisatie van de psychologen in de ziekenhuisinstellingen en verenigingen bestudeert (uurrooster, types interventie die worden verwezenlijkt, aantal patiënten en naasten aan wie hulpverlening wordt geboden, aanwerving van de begunstigen die kunnen genieten van de hulpverlening, kader van de hulpverlening, types patiënt die worden ontmoet en interdisciplinariteit van de hulpverlening).
- Aanpassing van de vragenlijst *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES) (Schag *et al.*, 1990; Schag *et al.*, 1991; Ganz *et al.*, 2002). Deze vragenlijst onderzoekt aan de hand van 138 items, 38 types moeilijkheden die patiënten met kanker kunnen tegenkomen. Deze moeilijkheden kunnen verdeeld worden in 6 categorieën: fysieke, psychosociale, seksuele, moeilijkheden in de partnerrelatie, moeilijkheden in de interacties met het verzorgende personeel en andere moeilijkheden (pijn gedurende de diagnostische procedures, gewichtstoename, diarree, enuresie, moeilijkheden verbonden aan de chemotherapie, aan de bestralingen, aan de stomie, aan de prothese, aan de therapietrouw, aan de verplaatsingen, aan het ontmoeten van potentiële partners, economische moeilijkheden en aanwervingsmoeilijkheden. De interveniënten werden verzocht aan te duiden in welke mate zij, in de loop van de voorbije maand, deze moeilijkheden bij hun patiënten met kanker hebben waargenomen (gaande van « 0 = nooit » tot « 4 = heel vaak »). De interveniënten werden verzocht aan te duiden of het op zich nemen van elk van de 38 types moeilijkheden die door de CARES onderzocht werden, wel of niet deel uitmaakt van de taken die hen zijn opgedragen en van de taken die zij effectief op zich nemen. Voor elke type moeilijkheid die zij op zich hebben genomen in de loop van de voorbije maand, werden zij eveneens verzocht aan te duiden welke de kenmerken zijn van de interventies die zij verwezenlijken en welke de kenmerken zijn van de interventies die zij idealiter hadden voorzien: type van interventie (evaluatie, informatie, ondersteuning, psychotherapie), het interventiekader (individueel, per koppel, in gezinsverband, in groepsverband of verbindingswerk), het theoretisch psychotherapeutische model dat werd gebruikt (analytisch, cognitief-gedragsmatig, systemische of andere), en de duur van de interventies (eenmalig (van 1 tot 2 sessies), van korte duur (3 tot 10 sessies) of van lange duur (11 sessies of meer)).

- Specifieke vragenlijst die de frequentie van de door de psychologen waargenomen gebreken in de instellingen waar zij tewerkgesteld zijn, tracht achter te halen , en dit in de loop van hun laatste maand praktijk (gebrek aan psychosociale interveniënten, communicatie tussen de psychologen, communicatie binnen de verzorgende teams, communicatie tussen de medische en paramedische teams en de psychologen, pluridisciplinair werk, ondersteuningsgroepen bestemd voor de zorgverleners, supervisies, vergaderingen bestemdvoor gevalsbesprekingen, opleiding georganiseerd door de instelling, externe banden voor de begeleiding van de patiënten, lokalen bestemd voor de psychologen, materieel,functioneel budget of niet). Deze vragenlijst is samengesteld uit 14 items die de gebreken evalueert op een Likertschaal van 5 punten gaande van « 0=nooit » tot « 4= elke dag »;
- Franstalige en Nederlandstalige vertaling van de vragenlijst Mental Health Professional Stress Scale (Cushway *en al.*1996). Deze schaal scoort 42 items op een Likertschaal van 4 punten (gaande van « 0= niet van toepassing op mij » tot « 3= van toepassing op mij) die onderzoekt in welke mate de bronnen van spanning op het werk wel of niet van toepassing zijn bij de interveniënt. Deze schaal evalueert lage, gemiddelde en hoge stressniveaus gepaard met een te grote werklast, met relaties met de patiënten, met structuur en organisatie, met relaties en conflicten met de collega's, met menselijke middelen, met financiële en materiële middelen, met persoonlijke onzekerheid, met het verband tussen privéleven en professioneel leven;
- Franstalige en Nederlandstalige vertaling van de vragenlijst *Job Stress Survey* (Spielberger, 1994) ; De Job Stress Survey is een schaal van 30 items die de waargenomen intensiteit en de frequentie van het verschijnen van werkomstandigheden die het psychologisch welzijn negatief zouden kunnen beïnvloeden, scoort. De items omschrijven vaak voorkomende stressbronnen gewoonlijk tegengekomen in verscheidene, geselecteerde, professionele sectoren om een generieke maat voor de stressbeleving op het werk te leveren, in termen van frequentie (lage, gemiddelde of hoge stress), intensiteit (lage, gemiddelde of hoge stress) en index (lage , gemiddelde of hoge stress) van de stressbronnen op het werk;
- Franstalige en Nederlandstalige vertaling van de Maslach Burnout Inventory (Maslach *en al.* 1982). Deze vragenlijst is samengesteld uit 22 items van het Likerttype van 7 punten gaande van « nooit » tot « dagelijks ». Ze evalueert drie dimensies van het burnoutsyndroom : ; emotionele uitputting (de indruk overweldigd te zijn op emotioneel gebied en uitputting) (9 items), depersonalisatie (een onmenselijke en onpersoonlijke wijze van antwoorden tegenover de patiënten) (5 items) en persoonlijke verwezenlijking (perceptie van bekwaamheid en goede afloop in het werk met de patiënten (8 items). Deze vragenlijst laat toe de deelnemer te classificeren voor ieder van deze dimensies op een laag, gematigd of hoog niveau van burnout.
- Specifieke vragenlijst die de verschillende kenmerken onderzoekt van de ondersteuningsmogelijkheden en opleidingen waarvan de psychosociale interveniënten genieten in hun instellingen (inhoud van de ondersteuningssessies, deelnemers aan deze sessies, begeleiders van deze sessies, plaats van het organiseren van deze sessies en frequentie). Daarna werd gepeild naar de tevredenheid van de interveniënten betreffende deze ondersteuningssessies.
- Specifieke vragenlijst die de verschillende kenmerken onderzoekt van de ondersteuningsmogelijkheden waarvan de psychosociale interveniënten zouden willen genieten in hun instellingen (inhoud van de ondersteuningssessies, deelnemers aan deze sessies, begeleiders van deze sessies, plaats van het organiseren van deze sessies en frequentie).

Statistische onderzoeken

Om het eerste operationele doelstelling te verwezenlijken werden de onderzoeken van de frequenties of gemiddelden verwezenlijkt om de sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van de psychologen die interventies uitvoeren in de oncologie alsook de algemene organisatie van hun werk te beschrijven.

Om het tweede operationele doel te verwezenlijken werden onderzoeken van de frequenties of gemiddelden verwezenlijkt om de kenmerken van de moeilijkheden die de patiënten tegengekomen en die de psychologen op zich nemen te beschrijven, alsook de taken die worden toegewezen aan de psychologen in de oncologie, deze die zij verwezenlijken en deze die zij idealiter hadden voorzien.

Om het derde operationele doel te verwezenlijken werden onderzoeken van de frequenties of gemiddelden verwezenlijkt om de bronnen van professionele stress die de psychologen die interventies uitvoeren in de oncologie tegenkomen; te beschrijven, alsook de professionele stress die zij beleven, hun niveau van professionele uitputting, hun bronnen en hun behoefte aan psychosociale ondersteuning.

Bibliografie

- Arndt, V., Sturmer, T., *et al.* Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany -- a population based study. Br J Cancer 2002, **86**(7): 1034-40.
- Ashforth, B. E. and Humphrey, R. H. Emotion in the Workplace - A Reappraisal. Human Relations 1995, **48**(2): 97-125.
- Begbie, S. D., Kerestes, Z. L., *et al.* Patterns of alternative medicine use by cancer patients. Med J Aust 1996, **165**(10): 545-8.
- Bertman, S. L. Lingering terminal illness and the family: insights from literature. Family Process 1980, **19**(4): 341-348.
- Bonadona, V., Saltel, P., *et al.* Cancer patients who experienced diagnostic genetic testing for cancer susceptibility: reactions and behavior after the disclosure of a positive test result. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2002, **11**(1): 97-104.
- Bourgeault, I. L. Physicians' attitudes toward patients' use of alternative cancer therapies. Cmaj 1996, **155**(12): 1679-85.
- Brenner, H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. Lancet 2002, **360**(9340): 1131-5.
- Brown, J. K. A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. Oncol Nurs Forum 2002, **29**(3): 517-32.
- Bruera, E., Miller, M. J., *et al.* Estimate of survival of patients admitted to a palliative care unit: a prospective study. J Pain Symptom Manage 1992, **7**(2): 82-6.
- Cherny, N. I. and Portenoy, R. K. The management of cancer pain. CA Cancer J Clin 1994, **44**(5): 263-303.
- Cushway, D., Tyler, P. A., *et al.* Development of a stress scale for mental health professionals. Br J Clin Psychol 1996, **35 (Pt 2)**(279-95).
- Davis, M. P. and Walsh, D. Treatment of nausea and vomiting in advanced cancer. Support Care Cancer 2000, **8**(6): 444-52.
- Delvaux, N., Razavi, D., *et al.* Cancer care-a stress for health professionals. Soc Sci Med 1988, **27**(2): 159-66.
- Faulkner, A. and Maguire, P. (1996). Talking to cancer patients and their relatives. Oxford, Oxford Medical Publications.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., *et al.* Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. J Natl Cancer Inst 2002, **94**(1): 39-49.
- Giammona, A. J. and Malek, D. M. The psychological effect of childhood cancer on families. Pediatr Clin North Am 2002, **49**(5): 1063-81, x.
- Hicks, M. D. and Lavender, R. Psychosocial practice trends in pediatric oncology. J Pediatr Oncol Nurs 2001, **18**(4): 143-53.

- Inui, A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: current issues in research and management. CA Cancer J Clin 2002, **52**(2): 72-91.
- Joly, F., Heron, J. F., *et al.* Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: a population-based case-control study. J Clin Oncol 2002, **20**(1): 73-80.
- Kash, K. M., Holland, J. C., *et al.* Stress and burnout in oncology. Oncology (Huntingt) 2000, **14**(11): 1621-33; discussion 1633-4, 1636-7.
- Kazak, A. E., Barakat, L. P., *et al.* Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. J Consult Clin Psychol 1997, **65**(1): 120-9.
- Lederberg, M. S. (1998). The family of the cancer patient. Psycho-Oncology. J. C. Holland. New-York, Oxford University Press: 981-993.
- Lichter, I. Nausea and vomiting in patients with cancer. Hematol Oncol Clin North Am 1996, **10**(1): 207-220.
- Maher, E. J., Young, T., *et al.* Complementary therapies used by patients with cancer. Bmj 1994, **309**(6955): 671-2.
- Maslach, C. and Jackson, S. (1986). Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto, Consulting Psychologists Press Inc.
- Massie, M. J., Gagnon, P., *et al.* Depression and suicide in patients with cancer. J Pain Symptom Manage 1994, **9**(5): 325-40.
- McCorkle, R. (1998). Psychological responses to treatment. Psycho-Oncology. J. C. Holland. New-York, Oxford University Press: 257-301.
- Meyers, C. A. Mood and cognitive disorders in cancer patients receiving cytokine therapy. Adv Exp Med Biol 1999, **461**(75-81).
- Miller, M., Boyer, M. J., *et al.* The use of unproven methods of treatment by cancer patients. Frequency, expectations and cost. Support Care Cancer 1998, **6**(4): 337-47.
- Montbriand, M. J. Freedom of choice: an issue concerning alternate therapies chosen by patients with cancer. Oncol Nurs Forum 1993, **20**(8): 1195-201.
- Newell, S. and Sanson-Fisher, R. W. Australian oncologists' self-reported knowledge and attitudes about non-traditional therapies used by cancer patients. Med J Aust 2000, **172**(3): 110-3.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., *et al.* Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. J Natl Cancer Inst 2002, **94**(8): 558-84.
- Northouse, L., Templin, T., *et al.* Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. J Behav Med 2001, **24**(2): 115-36.
- Northouse, L. L. Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. J Natl Cancer Inst Monogr 1994, **16**: 183-90.
- Ofman, U. S. and Auchincloss, S. S. Sexual dysfunction in cancer patients. Curr Opin Oncol 1992, **4**(4): 605-13.

- Oppenheim, D. and Dauchy, S. [Psycho-oncology and the present tasks of psycho-oncologists]. Bull Cancer 2004, **91**(1): 99-104.
- Pereira, J., Hanson, J., *et al.* The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. Cancer 1997, **79**(4): 835-42.
- Razavi, D. and Stiefel, F. Common psychiatric disorders in cancer patients. I. Adjustment disorders and depressive disorders. Support Care Cancer 1994, **2**(4): 223-32.
- Schag, C. A., Ganz, P. A., *et al.* CAncer Rehabilitation Evaluation System--short form (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. Cancer 1991, **68**(6): 1406-13.
- Schag, C. A. and Heinrich, R. L. Development of a comprehensive quality of life measurement tool: CARES. Oncology (Huntingt) 1990, **4**(5): 135-8;discussion 147.
- Schofield, P. E., Juraskova, I., *et al.* How oncologists discuss complementary therapy use with their patients: an audio-tape audit. Support Care Cancer 2003, **11**(6): 348-55.
- Shell, J. A. Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: sexual dysfunction. Oncol Nurs Forum 2002, **29**(1): 53-66; quiz 67-9.
- Smith, E. M. and Anderson, B. The effects of symptoms and delay in seeking diagnosis on stage of disease at diagnosis among women with cancers of the ovary. Cancer 1985, **56**(11): 2727-32.
- Sollner, W., Zingg-Schir, M., *et al.* Attitude toward alternative therapy, compliance with standard treatment, and need for emotional support in patients with melanoma. Arch Dermatol 1997, **133**(3): 316-21.
- Spielberger, C. D. (1994). Professional Manual for the Job Stress Survey (JSS). Odessa, Psychological Assessment Resources.
- Stark, D., Kiely, M., *et al.* Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. J Clin Oncol 2002, **20**(14): 3137-48.
- Stone, P. The measurement, causes and effective management of cancer-related fatigue. Int J Palliat Nurs 2002, **8**(3): 120-8.
- Warrick, P. D., Irish, J. C., *et al.* Use of alternative medicine among patients with head and neck cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999, **125**(5): 573-9.
- Welch-McCaffrey, D., Hoffman, B., *et al.* Surviving adult cancers. Part 2: Psychosocial implications. Ann Intern Med 1989, **111**(6): 517-24.

Hoofdstuk 1:

Evaluatie van de organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie

Inleiding

De behandeling van kankeraandoeningen is in de laatste 30 jaar erg vooruitgegaan waardoor de levensduur van de patiënten kan verlengd worden (Brenner 2002). Bovendien is genezing vandaag steeds meer een mogelijkheid. Desalniettemin blijven kankeraandoeningen en hun behandelingen de oorzaak van een reeks cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties die zowel de patiënten aangaan als hun verwanten en naasten (Northouse, 1994; Kazak *en al.*, 1997; Lederberg, 1998; Northouse *en al.*, 2001; Giammona *en Malek*, 2002). Deze reacties zijn beschouwd als crisissen die geassocieerd zijn met verschillende fasen van de ziekte; de eerste symptomen (Smith *et al.*, Arndt *et al.*, 2002), de diagnose (Faulkner *et al.*, 1996; Bonadona *et al.*, 2002; Schofield *et al.*, 2003), de behandelingen (Mc Corkle, 1998), de terugkeer thuis en remissie (Ganz *et al.*, 2002; Joly *et al.*, 2002), de terminale fase en overlijden (Bruera *et al.*, 1997).

De kanker en zijn gevolgen kunnen bovendien psychiatrische stoornissen met zich meebrengen, als een directe of indirect neveneffect van kanker en zijn behandelingen; en dit gedurende deze verschillende fasen van de ziekte. Tussen de meest voorkomende psychiatrische verwickelingen noteren wij; acute of chronische aanpassingstoornissen (Razavi *et al.*, 1994), depressie (Massie *et al.*, 1994), angst (Welch-Mc Caffrey *et al.*, 1989; Stark *et al.*, 2002), misselijkheid en braken (Lichter, 1996; Davis *et al.*, 2000), enkele seksuele stoornissen (Ofman *et al.*, 1992; Shell 2002), moeheid (Stone (2002), anorexia (Brown, 2002.; Inui 2002), cognitieve stoornissen (Meyers, 19999) en pijn (Cherny *et al.*, 1994). Kanker kan ook een reeks bestaande psychiatrische stoornis verergeren en uiteenlopende stoornissen als unipolaire en bipolaire aandoeningen, psychotische aandoeningen en verschillende verslavingen (geneesmiddelen, alcohol, enz.) in hun evolutie versnellen.

De talrijke psychologische, sociale en psychiatrische gevolgen hebben de nood aan het ontwikkelen van een multidisciplinaire oncologische zorgverlening voor de patiënten met kanker en hun naasten met zich meegebracht (Hicks *en al.*, 2001; Newell *en al.*, 2002). Sinds de jaren '80 bieden gespecialiseerde eenheden die deel uitmaken van behandelingscentra voor kanker, diverse diensten als preventie, ondersteuning, herstel en palliatieve zorgen (Razavi *en al.*, 1998) aan. Deze eenheden brengen psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, sociaal assistenten en kinesitherapeuten bijeen.

Weinig wetenschappelijke artikelen hebben zich toegelegd op de beschrijving van hoe de optimale organisatie van de psychosociale ondersteuning aan patiënten met kanker en hun naasten zou moeten gebeuren. Verschillende reeds bestaande modellen stellen voor de teams voor psychosociale ondersteuning te integreren in een eenheid voor oncologie, bevorderen de ontplooiing van autonome eenheden te bevorderen (Baillet, 2002). Deze modellen onderlijnen de samengesteldheid van de organisatie van de psychosociale zorgverlening in de oncologie daar zij verschillende doelstellingen beoogt (de oncologische zorgverlening, pijn, psychosociale problemen en palliatieve zorgverlening) en meerdere interveniënten betreft (Krakowski *en al.*, 2001). Een optimale organisatie van de psychosociale zorgen houdt dus in de integratie van verschillende hulpmiddelen verleend in het kader van een algemene zorgverlening (Marlow *en al.*, 2003) alsook een coördinatie tussen de verschillende interveniënten die er deel van maken, in ziekenhuisinstellingen, in verenigingen of in een privé-praktijk. (Krakowski *en al.*, 2004).

Een Franse studie onderstreept de nood aan een duidelijke beschrijving van de interventies van de verschillende acteurs van deze multidisciplinaire zorgverlening, om te vermijden dat het psychosociaal team als enige rol zou hebben ontbrekend personeel in het medisch team te compenseren. Deze zelfde studie geeft aan dat in Frankrijk, 25% van de 94 ziekenhuisinstellingen die kankerpatiënten opnemen, noch een psychiater noch een psycholoog in hun team hebben. Deze studie toont eveneens aan dat 20% van de patiënten

wenste gebruik te kunnen maken van een consultatie met een psychiater of een psycholoog maar dat slechts de helft van deze patiënten dit hebben bekomen. Tenslotte onderlijnt deze studie de nood aan opleiding voor de psychosociale en medische interveniënten. (Baillet, 2002).

In België werd nog geen enkele studie op nationaal vlak uitgevoerd om een evaluatie te maken van de psychosociale ondersteuning in de oncologie.

Doelstellingen

Het project heeft als algemene doelstellingen een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie te doen van de behoeften van patiënten met kanker en hun naasten, namelijk de psychosociale interventies die hen zijn voorgesteld en de psychosociale behoeften van de interveniënten die deze interventies verzekeren.

In het kader van dit project, tracht de derde operationele doelstelling de verschillende taken die worden toegewezen aan de psychosociale interveniënten kwantitatief te identificeren: deze die zij effectief verwezenlijken alsook deze die zij idealiter hadden voorzien. Deze doelstelling richt zich eveneens op de identificatie van de strategieën voor psychosociale ondersteuning gebruikt door de interveniënten, evenals de strategieën die ze zouden willen toepassen. Tenslotte richt deze doelstelling zich ook op de evaluatie van de bronnen van professionele stress, het niveau van professionele uitputting, en de nood aan psychosociale ondersteuning bij de psychosociale interveniënten.

De vierde operationele doelstelling tracht kwalitatief de vraag en het aanbod van psychosociale steun in de klinische gesprekken, met psychosociale hulpverleners en met patiënten met kanker en hun naasten, te bestuderen. Aangezien een grote meerderheid van de psychologen hun deelname aan deze doelstelling hebben geweigerd, werd de derde doelstelling aangepast om zowel een kwantitatieve als kwalitatieve evaluatie toe te laten van de psychosociale ondersteuning aangeboden aan kankerpatiënten en hun naasten in België.

De derde doelstelling kan dus opgesplitst worden in drie algemene doelstellingen die het onderwerp zijn van de drie volgende hoofdstukken:

- De evaluatie en organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie;
- Evaluatie van de interventies voor psychosociale ondersteuning verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie;
- Evaluatie van de professionele levenskwaliteit van de psychosociale interveniënten in de oncologie.

Deze eerste hoofdstuk zal gewijd zijn aan de eerste onder hen en zal zich toespitsen op:

- De evaluatie van de sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van de psychosociale interveniënten in de oncologie ;
- De evaluatie van de algemene werkorganisatie van de psychosociale interveniënten in de oncologie (uurrooster, aantal en type patiënten en naasten die hulpverlening krijgen, wijze van aanwerving van patiënten en hun naasten, belang van het multidisciplinair werk) .

Methodologie

Aanwerving van de proefpersonen

Ziekenhuisinstellingen die zorg verlenen aan patiënten met kanker werden voor de helft gerecruteerd in het Vlaams Gewest en voor de andere helft in het Frans Gewest. Er werden eveneens patiëntenverenigingen gekozen in elk gewest. Alle psychologen uit de deelnemende ziekenhuisinstellingen en verenigingen die hulp verlenen aan patiënten met kanker of hun naasten, werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie.

Keuze van de proefpersonen

Inclusiecriteria voor de psychosociale hulpverleners :

- psycholoog zijn;
- tenminste 10 uur per week besteden aan de begeleiding van patiënten met kanker of hun naasten;
- voldoende kennis hebben van het Nederlands of van het Frans om deel te nemen aan de studie;
- bereid zijn om deel te nemen aan de evaluaties die in de studie voorzien zijn en een informed consentformulier hebben ondertekend.

Exclusiecriteria voor de psychosociale interveniënten :

- uitsluitend in de afdeling voor palliatieve zorgen of uitsluitend in de palliatieve instellingen tewerkgesteld zijn;
- uitsluitend in pediatrie tewerkgesteld zijn.

Type studie

Deze studie is descriptief, multi-centrisch, nationaal.

Duur van de studie

De inzameling van de gegevens werd gespreid over een periode van 6 maanden gaande van april 2004 tot en met september 2004.

Inzameling van de gegevens

De evaluatie van de proefpersonen gebeurde individueel. Een telefonisch contact werd genomen met het geheel van de personen om hun inclusiecriteria na te gaan en om hen uit te nodigen deel te nemen aan de studie. De verschillende zelfevaluatie-vragenlijsten (gestandaardiseerd en gevalideerd) werden per post verstuurd naar de personen die hadden toegestemd deel te nemen aan de studie. Een voorgezegelde briefomslag begeleidde deze post, om de vragenlijsten ingevuld terug op te sturen. Een telefoonnummer werd ter beschikking gesteld van de deelnemers opdat zij alle vragen konden stellen in verband met de inhoud van de vragenlijsten of over de studie in het algemeen. Met elk interveniënt die zijn/haar vragenlijst na twee weken niet had teruggestuurd, werd telefonisch

contact genomen. De ontbrekende gegevens van de verschillende zelfevaluatieschalen werden vervolledigd tijdens een laatste telefonisch contact.

Evaluatie instrumenten

- Specifieke sociodemografische en socioprofessionele vragenlijst voor de psychologen die interventies uitvoeren in de oncologie (leeftijd, geslacht, familiale toestand, moedertaal, meest gesproken taal, opleiding, diploma's, aantal jaren algemene klinische praktijk en in de oncologie, huidige plaats van praktijk).
- Specifieke vragenlijst die de gewenste en de behaalde specifieke opleidingen van de psychosociale interveniënten onderzoekt voor de verschillende types interventie; (evaluatie, informatie, steun, psychotherapie), verschillende interventiekaders (individueel, per koppel, in gezinsverband, in groepsverband of verbindingswerk), verschillende theoretische psychotherapeutische modellen (analytisch, cognitief-gedragsmatig, systemisch of andere), verschillende interventietechnieken (overdracht, psychodrama, hypnose, ontspanning, biofeedback, visualisatie, systematische desensibilisatie, defocalisatie van de aandacht, bio-energetiek, musicotherapie, kunsttherapie, tekening, spel, stressbeleid of andere) en verschillende theoretische kennisgebieden (medische aspecten in de oncologie, psychologische aspecten in de oncologie, sociale aspecten van de oncologie en basistechnieken voor een gesprek);
- Specifieke vragenlijst die de werkorganisatie van de psychologen in de ziekenhuisinstellingen en verenigingen bestudeert (uurrooster, types interventie die worden verwezenlijkt, aantal patiënten en naasten aan wie hulpverlening wordt geboden, aanwerving van de begunstigen die kunnen genieten van de hulpverlening, kader van de hulpverlening, types patiënt die worden ontmoet en interdisciplinariteit van de hulpverlening).

Statistische onderzoeken

De onderzoeken van de frequenties of gemiddelden werden verwezenlijkt om de sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van de psychologen die interventies uitvoeren in de oncologie alsook de algemene organisatie van hun werk te beschrijven.

Resultaten

Aanwerving van de proefpersonen

De psychologen werden aangeworven in 42 ziekenhuisinstellingen en 11 franstalige patiëntenverenigingen en in 48 ziekenhuisinstellingen en 5 nederlandstalige patiëntenverenigingen.

Honderdzevenenvijftig psychologen werden gecontacteerd : 96 franstalige psychologen en 61 nederlandstalige. Onder hen voldeden tweeënzeventig psychologen niet aan de inclusiecriteria om de volgende redenen (een psycholoog kon voor verschillende redenen niet voldoen aan de inclusiecriteria) :

- 38 psychologen besteden minder dan 10 uur per week aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten ;
- 6 psychologen hebben in de voorbije maand niet gewerkt;
- 15 psychologen werken uitsluitend in palliatieve zorgen of hospitalisatieafdelingen;
- 16 psychologen werken uitsluitend in de pediatrie.

Vijfentachtig psychologen voldeden aan de inclusiecriteria. Zestien psychologen hebben geweigerd om deel te nemen aan de studie. De redenen van hun weigering zijn de volgende (de psycholoog mocht weigeren om verschillende redenen):

- 6 psychologen vonden dat de afname van de vragenlijst te lang zou duren;
- 2 psychologen ervaarden de vragenlijst als een inbreuk op hun privé-leven;
- 1 psycholoog weigerde deel te nemen aan een studie;
- 12 psychologen hebben om andere redenen geweigerd (zwangerschapverlof, beschouwen niet genoeg tijd te hebben om de vragenlijst in te vullen voor het einde van de studie).

Negenenzestig psychologen hebben toegestemd om deel te nemen aan de studie. Onder hen hebben 4 psychologen besloten hun deelname te stoppen, drie vragenlijsten zijn verloren gegaan bij de post. Tweeënzeestig psychologen zijn dus evalueerbaar. Onder hen zijn 39 (63%) Franstalig en 23 (37%) Nederlandstalig.

Sociodemografische en socioprofessionele kenmerken

Zoals aangeduid in tabel 1 is 90% van de psychologen van het vrouwelijke geslacht. Zij hebben gemiddeld 10 jaar ervaring (s-a=8,5) waarvan gemiddeld 7 jaar praktijk in de oncologie (s-a=5,6) en 5 jaar in de instelling waar zij tegenwoordig tewerkgesteld zijn (s-a=4,5). Zevenennegentig percent onder hen werkt tegenwoordig in een ziekenhuisinstelling. Wij merken op dat veel psychologen een praktijk in een ziekenhuisinstelling cumuleren met een praktijk in een vereniging en / of met een privé-praktijk.

Tabel 1 : Sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van psychologen die zorg verlenen aan kankerpatiënten.

	Franstalige psychologen (n=39)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=62)	
	n	%	n	%	n	%
Leeftijd						
Gemiddelde	36		35		36	
Standaardafwijking	8,8		9,8		9,1	
Geslacht						
Mannelijk	5	12,8	1	4,3	6	9,7
Vrouwelijk	34	87,2	22	95,7	56	90,3
Moedertaal						
Frans	38	97,4	-	-	38	61,3
Nederlands	-	-	23	100,0	23	37,1
Duits	-	-	-	-	-	-
Andere	1	2,6	-	-	1	1,6
Dagelijks gesproken taal						
Frans	16	41,0	-	-	16	25,8
Nederlands	1	2,6	22	95,7	23	37,1
Duits	-	-	-	-	-	-
Andere	2	5,1	1	4,3	3	4,8
Diploma						
Gegradueerd in psychologie	3	7,7	2	8,7	5	8,1
Licentiaat in psychologie	38	97,4	23	100,0	61	98,4
Dokter in psychologie	1	2,6	-	-	1	1,6
Andere	13	33,3	4	17,4	17	27,4
Jaren van professionele praktijk						
Gemiddelde	10,1		10,8		10,4	
Standaard deviatie	8,4		8,7		8,5	
Jaren van oncologische praktijk						
Gemiddelde	7,0		6,0		6,6	
Standaardafwijking	5,9		5,1		5,6	
Actuele plaats van praktijk						
Ziekenhuis	37	94,9	23	100,0	60	96,8
Vereniging	7	17,9	2	8,7	9	14,5
Privaat consultatie bureel	8	20,5	6	26,1	14	22,6
Bij de patiënt thuis	4	10,3	-	-	4	6,5
Jaren van oncologische praktijk in de ziekenhuisinstelling						
Gemiddelde	5,4		5,3		5,4	
Standaardafwijking	4,1		5,1		4,5	
Jaren van oncologische praktijk in de vereniging						
Gemiddelde	7,9		7,0		7,6	
Standaardafwijking	7,7		2,8		6,4	

* Meerdere antwoorden mogelijk

Zoals aangeduid in tabel 2 werd een meerderheid van de psychologen opgeleid voor interventies van het type ondersteuning en raadgeving, voor interventies in een individueel kader, voor de basistechnieken van een gesprek en voor psychologische aspecten in de oncologie. Voor andere aspecten zijn de psychologen minder gevormd. Dit weerspiegelt zich in de wens van het merendeel van de psychologen om specifieke opleidingen te krijgen.

Tabel 2. Opleidingen en gewenste opleidingen van psychologen die zorg verlenen aan kankerpatiënten.

	Franstalige psychologen				Nederlandstalige psychologen				Totaal			
	Gekregen opleiding ¹		Gewenste opleiding ²		Gekregen opleiding ¹		Gewenste opleiding ²		Gekregen opleiding ¹		Gewenste opleiding ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Interventietypes												
Preventie	7	17,9	17	43,6	4	17,4	11	47,8	11	17,7	28	45,2
Evaluatie	21	53,8	14	35,9	8	34,8	12	52,2	29	46,8	26	41,9
Informatie en opleiding	17	43,6	17	43,6	9	39,1	16	69,6	26	41,9	33	53,2
Ondersteuning en advies	29	74,4	19	48,7	18	78,3	12	52,2	47	75,8	31	50,0
Psychotherapie	23	59,0	26	66,7	14	60,9	15	65,2	37	59,7	41	66,1
Theoretisch model												
Analytisch	17	43,6	17	43,6	4	17,4	2	8,7	21	33,9	19	30,6
Cognitief-gedragsmatig	11	28,2	16	41,0	7	30,4	10	43,5	18	29,0	26	41,9
Systemisch	9	23,1	22	56,4	7	30,4	12	52,2	16	25,8	34	54,8
Andere	4	10,3	7	17,9	6	26,1	6	26,1	10	16,1	13	21,0
Interventies												
In een individueel kader	33	84,6	17	44,7 *	21	91,3	10	43,5	54	87,1	27	43,5
Per koppel	10	25,6	29	74,4	14	60,9	14	60,9	24	38,7	43	69,4
In gezinsverband	12	31,6 *	24	61,5	7	30,4	15	65,2	19	30,6	39	62,9
In groepsverband	4	10,5 *	20	51,3	7	30,4	13	56,5	11	17,7	33	53,2
Contact* (uitwisselen van info...)	16	41,0	20	51,3	8	34,8	9	39,1	24	38,7	29	46,8
Groeps ondersteuning (praatgroep.)	13	33,3	22	56,4	6	26,1	14	60,9	19	30,6	36	58,1
Interventietechnieken												
Transfer/overdracht	22	56,4	14	35,9	2	8,7	5	21,7	24	38,7	19	30,6
Psychodrama	2	5,1	11	28,2	2	8,7	7	30,4	4	6,5	18	29,0
Hypnose	4	10,3	14	35,9	6	26,1	5	21,7	10	16,1	19	30,6
Ontspanning	13	33,3	18	46,2	9	39,1	15	65,2	22	35,5	33	53,2
Biofeedback	1	2,6	5	12,8	1	4,3	9	39,1	2	3,2	14	22,6
Visualisatie	9	23,1	12	30,8	5	21,7	14	60,9	14	22,6	26	41,9
Systematische desensibilisatie	7	17,9	10	25,6	5	21,7	10	43,5	12	19,4	20	32,3
Afleiden van de aandacht	8	20,5	8	20,5	7	30,4	13	56,5	15	24,2	21	33,9
Bio-energie	-	-	9	23,1	-	-	6	26,1	-	-	15	24,2
Muziektherapie	1	2,6	11	28,2	-	-	5	21,7	1	1,6	16	25,8
Kunsttherapie	2	5,1	11	28,2	-	-	7	30,4	2	3,2	18	29,0
Tekenen	5	12,8	9	23,1	-	-	5	21,7	5	8,1	14	22,6
Spelen	2	5,1	7	17,9	-	-	2	8,7	2	3,2	9	14,5
Stressmanagement	12	30,8	17	43,6	5	21,7	15	65,2	17	27,4	32	51,6
Andere:	5	12,8	5	12,8	4	17,4	5	21,7	9	14,5	10	16,1
Theoretische kennis												
Medische aspecten van oncologie	20	51,3	24	61,5	2	8,7	18	78,3	22	35,5	42	67,7
Psychologische aspecten van oncologie	32	82,1	28	71,8	6	26,1	20	87,0	38	61,3	48	77,4
Sociale aspecten van oncologie	21	53,8	21	53,8	3	13,0	16	69,6	24	38,7	37	59,7
Basistechnieken voor een gesprek	35	89,7	17	43,6	20	87,0	11	50,0 *	55	88,7	28	45,2

¹ Aantal psychologen specifiek opgeleid voor deze dimensies

² Aantal psychologen die een specifieke opleiding wensen voor deze dimensies

³ Verbindingswerk uitgevoerd door de psychologen tussen het medisch team en de patiënt

* Percentage aangepast wegens ontbrekende gegevens

Algemene organisatie van het werk van de psychosociale interveniënten in een ziekenhuisinstelling

Tabel 3 herneemt de organisatie van het uurrooster van de psychologen in ziekenhuisinstellingen. Wij noteren dat de psychologen gemiddeld 22 uur per week (s-a=8,6) besteden aan de hulpverlening van patiënten met kanker en hun naasten. Een meerderheid van deze tijd wordt besteed aan interventies bij de patiënten, vervolgens aan administratief werk, hulpverlening aan de naasten van de patiënten en teamvergaderingen.

Tabel 3. Organisatie van de werkuren van de psychologen die hulp verlenen aan kankerpatiënten en hun naasten in een ziekenhuisinstelling¹

	Franstalige psychologen (n=37)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=60)	
	G	SA	G	SA	G	SA
Gepresteerde uren in een ziekenhuisinstelling¹						
Voorzien	30,7	10,1	30,4	8,8	30,6	9,6
Effectief	33,2	10,8	32,7	9,2	33,0	10,2
In oncologie	21,8	9,3	21,9	7,7	21,8	8,6
Verdeling van gepresteerde uren in oncologie¹						
Bij de patiënten						
Individueel	14,3	7,0	10,8	5,0	13,0	6,5
Samen met de partner	2,5	2,2	3,9	2,8	3,0	2,5
In gezinsverband	1,8	2,0	0,9	1,0	1,5	1,7
In steungroepen	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4
Bij de verzorgers						
Individueel	1,6	1,6	2,0	1,8	1,7	1,7
In groepsverband	1,0	1,4	0,5	1,1	0,8	1,3
Deelname aan supervisies						
Individueel	0,6	0,8	0,1	0,5	0,4	0,7
In groepsverband	0,4	0,8	0,2	0,6	0,4	0,7
Teamvergaderingen	2,5	2,4	2,6	1,6	2,6	2,1
Administratief werk	3,2	3,0	3,3	2,8	3,2	2,9

¹ Aantal uren tijdens de laatste volledige werkweek

Zoals aangeduid in tabel 4 zijn de begunstigden van psychologische interventies voornamelijk de patiënten. Deze interventies worden voor het grootste deel in een individueel kader gehouden. Elke week zijn ongeveer één derde van de begunstigden van psychologische hulpverlening, nieuwe patiënten of naasten.

Tabel 4. Begunstigden van de interventies door de psychologen in ziekenhuisinstellingen¹

	Franstalige psychologen (n=37)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=60)	
	G	SA	G	SA	G	SA
Aantal verschillende patiënten en naasten						
Aantal verschillende patiënten aan wie individuele zorgen zijn verstrekt	12	6,9	11	4,4	11	6,1
Aantal verschillende naasten aan wie individuele zorgen zijn verstrekt	2	2,2	2	1,8	2	2,0
Zorgverstrekking aan een aantal verschillende koppels	1	1,6	2	1,9	2	1,8
Zorgverstrekking aan een aantal verschillende families	1	1,7	1	0,9	1	1,4
Aantal nieuwe patiënten en naasten						
Aantal nieuwe patiënten aan wie zorgen zijn verstrekt	4	3,3	3	1,8	4	2,9
Aantal nieuwe naasten aan wie zorgen zijn verstrekt	1	1,0	1	1,1	1	1,0
Aantal nieuwe koppels aan wie zorgen zijn verstrekt	0	1,4	1	0,9	1	1,2
Aantal nieuwe families aan wie zorgen zijn verstrekt	1	1,3	0	0,3	0	1,0
Aantal steungroepen						
Aantal steungroepen voor patiënten en naasten	0	0,5	0	0,3	0	0,4
Aantal steungroepen voor de teams	1	1,3	1	1,9	1	1,6

¹ Aantal interventies geleid in de voorbije volledige werkweek

Zoals aangeduid in tabellen 5 en 6, worden de patiënten en hun naasten in de ziekenhuisinstellingen vooral begeleid op aanvraag van een gespecialiseerde arts, van een verpleegkundige of van het verzorgend personeel in het algemeen. De patiënten en naasten worden vooral begeleid gedurende de hospitalisaties en consultaties. De interventies die verwezenlijkt worden, zijn meestal van het type: ondersteuning en raadgeving, gevolgd door informatie en opvoeding en dan door evaluatie en psychotherapie.

Tabel 5. Algemene organisatie van het werk van de psychologen met de kankerpatiënten in een ziekenhuisinstelling

	Franstalige psychologen (n=37)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=60)	
	G	SA	G	SA	G	SA
Opsporing van de patiënten¹						
Systematische opsporing van de behoeften	1,6	1,4	1,5	1,5	1,5	1,4
Op vraag van de patiënten	1,4	0,9	1,7	1,3	1,5	1,1
Op vraag van de familie van de patiënten	1,4	0,9	1,7	1,0	1,5	0,9
Op vraag van een psychiater	0,4	0,6	0,3	0,6	0,3	0,6
Op vraag van een specialist-geneesheer	2,7	1,0	2,6	0,9	2,7	1,0
Op vraag van een huisarts	0,3	0,5	0,5	0,6	0,4	0,6
Op vraag van een verpleegkundige	2,4	1,1	2,7	0,8	2,5	1,0
Op vraag van het verzorgingsteam	2,6	1,0	2,5	0,9	2,6	1,0
Andere	0,4	0,9	0,5	1,0	0,4	0,9
Kaders van de zorgverstrekking¹						
Hospitalisatie	3,8	0,5	3,5	0,8	3,7	0,7
Raadpleging	2,2	1,3	2,0	1,5	2,1	1,4
Thuisverzorging	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
Telefonisch contact	0,9	0,9	1,7	1,2	1,2	1,1
Interventietypes¹						
Preventie	1,2	1,2	0,9	1,0	1,1	1,1
Evaluatie	2,1	1,5	2,1	1,2	2,1	1,4
Informatie en opleiding	2,4	1,2	2,4	0,8	2,4	1,1
Ondersteuning en advies	3,7	0,6	3,6	0,7	3,7	0,6
Psychotherapie	2,0	1,3	2,2	1,4	2,1	1,3

¹ 0=Nooit, 1= Een paar keer per maand, 2= Eén keer per week, 3= Een paar keer per week, 4= Elke dag

Tabel 6. Algemene organisatie van het werk van de psychologen met de naasten van kankerpatiënten in een ziekenhuisinstelling

	Franstalige psychologen (n=37)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=60)	
	G	SA	G	SA	G	SA
Opsporing van de naasten¹						
Systematische opsporing van de behoeften	0,6	0,9	1,1	1,3	0,8	1,1
Op vraag van de naasten	1,5	0,8	1,5	1,0	1,5	0,9
Op vraag van de patiënten	1,4	0,9	1,4	0,9	1,4	0,9
Op vraag van de familie van de naasten	0,9	0,9	1,4	1,0	1,1	0,9
Op vraag van een psychiater	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3
Op vraag van een specialist-geneesheer	1,8	0,9	1,8	1,1	1,8	1,0
Op vraag van een huisarts	0,2	0,4	0,4	0,5	0,3	0,5
Op vraag van een verpleegkundige	1,8	1,1	2,2	0,9	1,9	1,0
Op vraag van het verzorgingsteam	1,8	1,2	2,1	1,1	1,9	1,2
Andere	0,1	0,4	0,3	0,9	0,2	0,7
Kaders van de zorgverstrekking¹						
Hospitalisatie	2,3	1,3	2,3	1,3	2,2	1,3
Raadpleging	1,3	1,0	1,5	1,2	1,4	1,1
Thuisverzorging	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,4
Telefonisch contact	0,7	0,8	1,3	1,1	0,9	1,0
Interventietypes¹						
Preventie	0,8	1,1	0,7	0,9	0,8	1,0
Evaluatie	1,2	1,3	1,4	1,0	1,3	1,2
Informatie en opleiding	1,9	1,1	1,8	1,0	1,9	1,1
Ondersteuning en advies	2,6	0,9	2,5	0,9	2,6	0,9
Psychotherapie	1,2	1,3	1,1	1,0	1,2	1,2

¹ 0=Nooit, 1= Een paar keer per maand, 2= Eén keer per week, 3= Een paar keer per week, 4= Elke dag

Zoals aangegeven in tabel 7, nemen de psychologen die in ziekenhuisinstellingen werken een breed scala van patiënten op zich, zowel in termen van persoonlijke kenmerken (leeftijd, geslacht, beroep en scholing) als op gebied van medische kenmerken (type kanker, fase van de ziekte, doel van de behandeling).

Tabel 7. Type kankerpatiënten aan wie hulp verleend wordt door de psychologen (aantal psychologen die tenminste een paar keer per week hulp verlenen aan elke type patiënt) in een ziekenhuisinstelling

	Franstalige psychologen (n=37)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
Leeftijd						
Jonger dan 10 jaar	-	-	-	-	-	-
Tussen 10 en 17 jaar	1	2,7	1	4,3	2	3,3
Tussen 18 en 25 jaar	14	37,8	7	30,4	21	35,0
Tussen 26 en 45 jaar	28	75,7	18	78,3	46	76,7
Tussen 46 en 60 jaar	36	97,3	23	100,0	59	98,3
Tussen 61 en 75 jaar	37	100,0	23	100,0	60	100,0
Ouder dan 76 jaar	26	70,3	15	65,2	41	68,3
Geslacht						
Mannelijk	36	97,3	23	100,0	59	98,3
Vrouwelijk	32	86,5	22	95,7	54	90,0
Beroep						
Actief	24	64,9	12	52,2	36	60,0
Tijdelijk werkonbekwaam	31	83,8	19	82,6	50	83,3
Definitief werkonbekwaam	35	94,6	22	95,7	57	95,0
Opleidingsniveau						
Lager onderwijs	24	64,9	18	78,3	42	70,0
Secundair (lager of hoger)	37	100,0	23	100,0	60	100,0
Hoger (universitair of niet)	29	78,4	19	82,6	48	80,0
Post-universitair	13	35,1	8	34,8	21	35,0
Kankeraandoening						
Borstkanker	32	86,5	21	91,3	53	88,3
Bloed-of lymfekanker	21	56,8	11	47,8	32	53,3
Kanker aan de bovenste luchtwegen	22	59,5	16	69,6	38	63,3
Longkanker	30	81,1	19	82,6	49	81,7
Kanker aan het spijsverteringsstelsel	30	81,1	21	91,3	51	85,0
Kanker aan de geslachtsdelen	29	78,4	8	34,8	37	61,7
Huidkanker	10	27,0	9	39,1	19	31,7
Kanker aan de urinewegen	17	45,9	10	43,5	27	45,0
Andere	12	32,4	1	4,3	13	21,7
Fase van de ziekte						
Diagnose	26	70,3	15	65,2	41	68,3
Behandeling	37	100,0	23	100,0	60	100,0
Remissie	24	64,9	18	78,3	42	70,0
Genezing	14	37,8	12	52,2	26	43,3
Herval	37	100,0	23	100,0	60	100,0
Fase van de behandeling						
Curatief	37	100,0	19	82,6	56	93,3
Palliatief	33	89,2	21	91,3	54	90,0

Zoals aangeduid in tabel 8 verloopt de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten in het kader van een multidisciplinair werk. De interveniënten die het vaakst samenwerken met de psychologen zijn de verple(e)g(st)ers, de artsen en de assistenten of sociale verpl(e)g(st)ers.

Tabel 8. Professionele die samen met de psychologen hebben ingestaan voor de psychosociale zorgen die werden verstrekt aan kankerpatiënten en hun naasten in ziekenhuisinstellingen (n=60)¹

	Evaluatie		Informatie en opleiding		Ondersteuning en advies		Psychotherapie		Totaal ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Artsen (behalve psychiaters)	40	66,7	48	80,0	38	63,3	7	11,7	54	90,0
Psychiaters	21	35,0	8	13,3	15	25,0	12	20,0	25	41,7
Psychologen	25	41,7	26	43,3	36	60,0	25	41,7	36	60,0
Verpleegkundigen	45	75,0	51	85,0	49	81,7	8	13,3	58	96,7
Sociaal -assistenten of verpleegkundigen	24	40,0	46	76,7	44	73,3	6	10,0	52	86,7
Kinesitherapeuten	23	38,3	22	36,7	22	36,7	2	3,3	36	60,0
Opvoed(st)ers	1	1,7	1	1,7	-	-	1	1,7	2	3,3
Ergotherapeuten	6	10,0	2	3,3	7	11,7	-	-	10	16,7
Logopedisten	8	13,3	7	11,7	3	5,0	-	-	10	16,7
Diëtisten/voedingsdeskundigen	16	26,7	24	40,0	15	25,0	2	3,3	28	46,7
Schoonheidsspecialisten	6	10,0	19	31,7	18	30,0	1	1,7	24	40,0
Geestelijke begeleiders	16	26,7	15	25,0	36	60,0	2	3,3	38	63,3
Vrijwilligers	8	13,3	8	13,3	28	46,7	1	1,7	29	48,3
Totaal ³	54	90,0	57	95,0	59	98,3	36	60,0		

¹ Aantal psychologen die de vraag naar medewerking van deze verschillende professionele hebben uitgedrukt betreffende hun zorgverstrekking aan kankerpatiënten en hun naasten in de loop van de voorbije maand

² Aantal psychologen die de vraag naar medewerking van deze verschillende professionele hebben uitgedrukt betreffende ten minste één interventietype uitgevoerd bij kankerpatiënten en hun naasten in de loop van de voorbije maand

³ Aantal psychologen die de vraag naar medewerking van ten minste één andere professionele hebben uitgedrukt betreffende verschillende interventietypes gevoerd bij kankerpatiënten en hun naasten in de loop van de voorbije maand

Algemene organisatie van het werk van de psychosociale interveniënten buiten de ziekenhuisinstellingen (in verenigingen)

Tabel 9 herneemt de organisatie van het uurrooster van de psychologen in verenigingen. Wij noteren dat de psychologen gemiddeld 12 uur per week (s-a=11,8) besteden aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten. Een meerderheid van deze tijd wordt besteed aan interventies bij patiënten in een individueel kader en ondersteuningsgroepen, vervolgens door interventies bij het verzorgend personeel in groepskader en administratief werk.

Tabel 9. Organisatie van de werkuren van de psychologen die zorg verlenen aan kankerpatiënten en hun naasten in verenigingen (n=5)¹

	G	SA
Gepresteerde uren in de vereniging¹		
Voorzien	27,6	8,7
Effectief	31,4	9,3
In oncologie	21,0	6,9
Verdeling van de gepresteerde uren in oncologie¹		
Bij de patiënten		
Individueel	14,8	6,5
Samen met de partner	0,4	0,5
In gezinsverband	0,0	0,0
In steungroepen	3,0	3,5
Bij de verzorgers		
Individueel	0,6	0,5
In groepsverband	2,4	5,4
Deelname aan supervisies		
Individueel	0,6	0,5
In groepsverband	0,6	0,9
Teamvergaderingen	1,2	1,3
Administratief werk	3,2	2,6

¹ Aantal uren tijdens de laatste volledige werkweek

Zoals aangeduid in tabel 10, zijn de begunstigden van de interventies van de psychologen in verenigingen voor een meerderheid, de patiënten. Wij noteren dat elke week ongeveer een kwart van de begunstigen van de psychologische hulpverlening nieuwe patiënten met kanker zijn of nieuwe naasten van de patiënten.

Tabel 10. Begunstigden van de interventies door de psychologen in verenigingen (n=5)¹

	G	SA
Aantal verschillende patiënten en naasten		
Aantal verschillende patiënten aan wie individuele zorgen zijn verstrekt	10	4,5
Aantal verschillende naasten aan wie individuele zorgen zijn verstrekt	2	0,4
Aantal verschillende koppels aan wie zorgen zijn verstrekt	0	0,4
Aantal verschillende families aan wie zorgen zijn verstrekt	0	0,4
Aantal nieuwe patiënten en naasten		
Aantal nieuwe patiënten aan wie zorgen zijn verstrekt	5	6,4
Aantal nieuwe naasten aan wie zorgen zijn verstrekt	1	1,0
Aantal nieuwe koppels aan wie zorgen zijn verstrekt	0	0,0
Aantal nieuwe families aan wie zorgen zijn verstrekt	12	27,3
Aantal steungroepen		
Aantal steungroepen voor patiënten en naasten	1	0,4
Aantal steungroepen voor de teams	1	1,3

¹ Aantal interventies geleid tijdens de laatste volledige week

Zoals aangeduid in tabel 11, begeleiden de psychologen in verenigingen de patiënten en hun naasten hoofdzakelijk op hun eigen initiatief. De patiënten worden hoofdzakelijk begeleid in een ambulante kader of thuis en de meest frequente interventies zijn van het type ondersteuning en raadgeving.

Tabel 11. Algemene werkorganisatie van de psychologen die hulp verlenen aan kankerpatiënten en hun naasten in verenigingen (n=5)

	Patiënten		Naasten	
	G	SA	G	SA
Opsporing van de patiënten en hun naasten				
Systematische opsporing van de behoeften	1,0	1,5	0,2	0,4
Op vraag van de patiënten en de naasten	1,5	1,6	1,0	1,2
Op vraag van de patiënten	-	-	0,4	0,9
Op vraag van de familie van de patiënten en de naasten	0,8	1,6	0,4	0,5
Op vraag van een specialist-geneesheer	0,3	0,5	0,3	0,5
Op vraag van een huisarts	0,3	0,5	0,4	0,5
Op vraag van een verpleegkundige	0,2	0,4	0,0	0,0
Op vraag van het verzorgingsteam	0,2	0,4	0,0	0,0
Andere	0,5	1,2	0,4	0,9
Kaders van de zorgverstrekking¹				
Hospitalisatie	0,0	0,0	0,2	0,4
Raadpleging	1,7	1,9	1,4	1,5
Thuisverzorging	2,0	1,9	0,8	1,3
Telefonisch contact	0,5	1,2	0,4	0,9
Interventietypes¹				
Preventie	0,3	0,8	0,2	0,4
Evaluatie	0,8	1,3	1,2	1,3
Informatie en opleiding	1,3	1,0	1,2	1,1
Ondersteuning en advies	2,0	1,3	1,8	1,3
Psychotherapie	0,7	1,2	0,6	1,3

¹ 0=Nooit, 1= Een paar keer per maand, 2= Eén keer per week, 3= Een paar keer per week, 4= Elke dag

Zoals aangeduid in tabel 12, begeleiden de psychologen die in verenigingen werken een breed scala van patiënten, zowel in termen van persoonlijke kenmerken (leeftijd, geslacht, beroep, scholing) als medische kenmerken (type kanker, fase van de ziekte en doel van de behandeling). De patiënten die worden begeleid, zijn voornamelijk patiënten ouder dan 45 jaar en patiënten in arbeidsongeschiktheid.

Tabel 12. Type kankerpatiënten aan wie hulp wordt verleend door de psychologen in verenigingen (aantal psychologen die tenminste een paar keer per week hulp verlenen aan elke type patiënt) (n=6)¹

	n	%
Leeftijd		
Jonger dan 10 jaar	-	-
Tussen 10 en 17 jaar	-	-
Tussen 18 en 25 jaar	-	-
Tussen 26 en 45 jaar	3	50,0
Tussen 46 en 60 jaar	5	83,3
Tussen 61 en 75 jaar	3	50,0
Ouder dan 76 jaar	2	33,3
Geslacht		
Mannelijk	5	83,3
Vrouwelijk	4	66,7
Beroepsactiviteit		
Actief	2	33,3
Tijdelijk werkonbekwaam	4	66,7
Definitief werkonbekwaam	5	83,3
Opleidingsniveau		
Lager onderwijs	3	50,0
Secundair (lager of hoger)	5	83,3
Hoger (universitair of niet)	5	83,3
Postuniversitair	-	-
Kankeraandoening		
Borstkanker	5	83,3
Bloed-of lymfekanker	2	33,3
Kanker van de bovenste luchtwegen	3	50,0
Longkanker	3	50,0
Kanker aan het spijsverteringsstelsel	3	50,0
Kanker aan de geslachtsdelen	4	66,7
Huidkanker	2	33,3
Kanker aan de urinewegen	2	33,3
Andere	-	-
Fase van de ziekte		
Diagnose	2	33,3
Behandeling	5	83,3
Remissie	5	83,3
Genezing	4	66,7
Herval	5	83,3
Fase van de behandeling		
Curatief	5	83,3
Palliatief	3	50,0

Besluit

Dit is de eerste studie die op nationaal vlak werd gehouden in België met als doelstelling de organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten te bestuderen. Dit hoofdstuk heeft als dubbele doelstelling (1) de sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van de psychologen die werken aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten te omschrijven (2) de algemene organisatie van het werk in dit kader te omschrijven.

Het is allereerst belangrijk te onderlijnen dat een groot aantal ziekenhuisinstellingen en verenigingen werden gecontacteerd. Het blijkt uit dit contact dat veel psychologen (ongeveer één vierde van de psychologen die werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie) minder dan 10 uur per week besteedt aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten.

Onze resultaten tonen aan dat een meerderheid van de psychologen die tenminste 10 uur per week besteedt aan patiënten met kanker of hun naasten, vrouwen zijn. Deze begeleiding wordt verwezenlijkt door psychologen die gemiddeld 10 jaar professionele ervaring hebben en 7 jaar specifieke ervaring in de oncologie. Dit weerspiegelt het feit dat de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten een recente bekommering is die resulteert uit de vooruitgang van de medische ontdekkingen in het domein van de behandelingen tegen kanker, waardoor de levensduur van de patiënten meer en meer verlengd kan worden. Inderdaad, deze evolutie laat toe de zorgen niet enkel op de levenskwantiteit toe te spitsen maar ook op het levenskwaliteit van patiënten met kanker en hun familie.

Zelfs als een meerderheid van de psychologen die tenminste 10 uur per week besteden aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten, specifieke opleidingen hebben gevolgd, wenst een groot aantal onder hen aanvullende opleidingen. De domeinen waar tekortkomingen en de wens voor specifieke opleidingen zich het meest uiten, betreffen de begeleiding van de familie. Dit hangt samen met het bewust worden van het gewicht dat steeds meer weegt op de families van patiënten met kanker.

Onze studie toont eveneens aan dat een meerderheid van de psychologen patiënten met kanker begeleiden in ziekenhuisinstellingen. De begeleiding van kankerpatiënten en hun naasten in deze context, bedraagt ongeveer twee derde van de praktijk van de psychologen en komt overeen met iets meer dan een halftime. Een meerderheid van deze uren wordt besteed aan interventies bij de patiënten. Deze interventies worden tevens voornamelijk verwezenlijkt in een individueel kader. Vervolgens komt het administratief werk, begeleiding van de naasten van de patiënten en teamvergaderingen.

Volgens onze resultaten zijn elke week, ongeveer één derde van de begunstigden van de psychologische hulpverlening, nieuwe patiënten of naasten. De patiënten en naasten worden hoofdzakelijk op aanvraag van een gespecialiseerde arts, verple(e)g(st)er of verzorgend personeel in het algemeen, ontmoet. De afwezigheid van een systematische detectie van de behoeften van patiënten in ziekenhuisinstellingen geeft als volgt een grote verantwoordelijkheid aan het verzorgend personeel in het algemeen en meer specifiek aan de artsen die de enige verantwoordelijken zijn van deze detectie en dus van de hulpverlening tegenover deze behoeften.

De patiënten en naasten worden hoofdzakelijk begeleid gedurende hun hospitalisatie en in mindere mate in een ambulante kader. De meest frequente interventies zijn van type ondersteuning, raadgeving, informatie en opvoeding. In ziekenhuisinstellingen worden deze interventies verwezenlijkt bij een breed scala van patiënten, zowel in termen van persoonlijke als medische kenmerken.

Deze studie toont eveneens aan dat de hulpverlening aan patiënten met kanker en hun naasten zich inschrijft in een interdisciplinair kader. De interveniënten die het vaakst samenwerken met de psychologen zijn de verpleegkundigen, de artsen, de assistenten of de sociale verplegers. Deze interdisciplinariteit is belangrijk daar het de weerspiegeling is van de veelvoudige behoeften van kankerpatiënten en hun naasten.

Heel weinig psychologen uit onze steekproef werkt uitsluitend in verenigingen. Een grote meerderheid onder hen cumuleert een praktijk in een ziekenhuisinstelling en een vereniging of privé. Het is moeilijk om in dit kader conclusies te trekken over de organisatie van de begeleiding van de psychosociale behoeften van patiënten.

Bibliografie

Baillet F (2002) [The organization of psycho-oncology]. *Cancer Radiother* 6 Suppl 1: 214s-18s.

Brenner H (2002) Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet* 360: 1131-5.

Giammona AJ and Malek DM (2002) The psychological effect of childhood cancer on families. *Pediatr Clin North Am* 49: 1063-81, x.

Hicks MD and Lavender R (2001) Psychosocial practice trends in pediatric oncology. *J Pediatr Oncol Nurs* 18: 143-53.

Kazak AE, Barakat LP, Meeske K, et al. (1997) Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *J Consult Clin Psychol* 65: 120-9.

Krakowski I, Boureau F, Bugat R, et al. (2004) [For a coordination of the supportive care for people affected by severe illnesses: proposition of organization in the public and private health care centres]. *Bull Cancer* 91: 449-56.

Krakowski I, Chardot C, Bey P, et al. (2001) [Coordinated organization of symptoms management and support in all the stages of cancer disease: putting in place pluridisciplinary structures of supportive oncological care]. *Bull Cancer* 88: 321-8.

Lederberg MS (1998). *The family of the cancer patient*. Psycho-Oncology. JC Holland. New-York, Oxford University Press: 981-93.

Marlow B, Cartmill T, Cieplucha H, et al. (2003) An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer. *Psychooncology* 12: 319-30.

Newell SA, Sanson-Fisher RW and Savolainen NJ (2002) Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 94: 558-84.

Northouse L, Templin T and Mood D (2001) Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *J Behav Med* 24: 115-36.

Northouse LL (1994) Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *J Natl Cancer Inst Monogr* 183-90.

Oppenheim D and Dauchy S (2004) [Psycho-oncology and the present tasks of psycho-oncologists]. *Bull Cancer* 91: 99-104.

Razavi D and Delvaux N (1998) *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux*. Masson - Collection Médecine et Psychothérapie, Paris.

Hoofdstuk 2:

**Evaluatie van de interventies van psychosociale steun
verwezenlijkt door de psychosociale interweniënten in de oncologie**

Inleiding

De behandeling van kankeraandoeningen is in de laatste 30 jaar erg vooruitgegaan waardoor de levensduur van de patiënten verlengd kan worden (Brenner, 2002). Bovendien is genezing vandaag steeds meer een mogelijkheid. Desalniettemin blijven kankeraandoeningen en hun behandelingen de oorzaak van een reeks cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties die zowel de patiënten aangaan als hun verwanten en naasten (Northouse, 1994; Kazak *et al.*, 1997; Lederberg, 1998; Northouse *et al.*, 2001; Giammona *et al.*, 2002). Deze reacties zijn beschouwd als crisissen die geassocieerd zijn met verschillende fasen van de ziekte; de eerste symptomen (Smith *et al.*, Arndt *et al.*, 2002), de diagnose (Faulkner *et al.*, 1996; Bonadona *et al.*, 2002; Schofield *et al.*, 2003), de behandelingen (Mc Corkle, 1998), de terugkeer thuis en remissie (Ganz *et al.*, 2002; Joly *et al.*, 2002), de terminale fase en overlijden (Bruera *et al.*, 1997).

De kanker en zijn gevolgen kunnen bovendien psychiatrische stoornissen met zich meebrengen, als een directe of indirect neveneffect van kanker en zijn behandelingen; en dit gedurende deze verschillende fasen van de ziekte. Tussen de meest voorkomende psychiatrische verwickelingen noteren wij; acute of chronische aanpassingstoornissen (Razavi *et al.*, 1994), depressie (Massie *et al.*, 1994), angst (Welch-Mc Caffrey *et al.*, 1989; Stark *et al.*, 2002), misselijkheid en braken (Lichter, 1996; Davis *et al.*, 2000), enkele seksuele stoornissen (Ofman *et al.*, 1992; Shell 2002), moeheid (Stone (2002), anorexia (Brown, 2002.; Inui 2002), cognitieve stoornissen (Meyers, 19999) en pijn (Cherny *et al.*, 1994). Kanker kan ook een reeds bestaande psychiatrische stoornis verergeren en uiteenlopende stoornissen als uni- en bipolaire aandoeningen, psychotische aandoeningen en verschillende verslavingen geneesmiddelen, alcohol, enz) in hun evolutie versnellen.

De zorgstaat heeft de praktische en emotionele uitwisselingen van hulp zeldzaam gemaakt en maakt het moeilijk aan vrienden hulp te vragen, hetgeen onvermijdelijk een belangrijke tijdinvestering vergt. De belangrijke prevalentie van psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen in de oncologie hebben zowel voor de patiënten als voor hun familie de noodzaak voor het ontwikkelen van een multidisciplinaire oncologische zorgverlening met zich meegebracht (Hicks *et al.*, 2001; Newell *et al.*, 2002). Deze multidisciplinariteit biedt vaak een antwoord op de door de patiënten geuite behoeften aan een zo globaal mogelijke benadering, om hen de mogelijkheid te geven hun psychische en fysieke integriteit zo goed mogelijk te behouden, om de omkeerbare moeilijkheden te herstellen en de onomkeerbare te compenseren (Lipowski, 1971; Moorey *et al.*, 1989).

Binnen deze multidisciplinariteit zijn de ingrepen hoofdzakelijk het werk van professionelen uit de gezondheidszorg (psychiaters en psychologen). Met dit doel wordt tegenwoordig een breed scala aan psychosociale interventies aangeboden. Deze psychologische interventies hebben een verscheidenheid aan doelstellingen (preventie, informatie en opvoeding, steun en raadgeving, psychotherapie), werkvormen (individueel, per koppel, familiaal, per groep of verbindingswerk), theoretische referenties (analytisch, cognitieve gedragstherapie, systemiek of andere) en duur (eenmalig, op korte of lange termijn). De psychotherapieën stellen verschillende technieken voor, die plus minus directief zijn op de cognities, de emoties en op het gedrag. De samenhang van deze verschillende psychotherapeutische technieken wordt vaak algemeen gebruikt in de psychologie van gezondheid en meer specifiek in de oncologie. De werkvormen van deze psychotherapieën kunnen verschillen: individueel, familiaal en per groep.

De psychosociale interventies kunnen eveneens worden voorgesteld aan de zorgverlenende teams met als doel de levenskwaliteit van de professionelen in de gezondheidszorg te verbeteren (verbindingswerk, teamvergaderingen, spreekgroepen, enz.). Het doel van de psychosociale interventies in de oncologie is dus alle betrokkenen te helpen, namelijk de patiënt, zijn familie en de zorgverleners, om zo goed mogelijk het hoofd

te kunnen bieden aan het evenement « kanker » , aan het fenomeen « dood » en aan de « stress » die ermee gepaard gaan, en om zo de mogelijkheden voor een optimale levenskwaliteit te kunnen bieden (Bertman, 1980; Oppenheim *et al.*, 2004).

In België werd nog geen enkele studie op nationaal vlak gevoerd om de organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie te bestuderen.

Doelstelling

Het project heeft als algemene doelstellingen een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie te doen van de behoeften van patiënten met kanker en hun naasten, namelijk de psychosociale interventies die hen zijn voorgesteld en de psychosociale behoeften van de interveniënten die deze interventies verzekeren.

In het kader van dit project, tracht de derde operationele doelstelling de verschillende taken die worden toegewezen aan de psychosociale interveniënten kwantitatief te identificeren: deze die zij effectief verwezenlijken alsook deze die zij idealiter hadden voorzien. Deze doelstelling richt zich eveneens op de identificatie van de strategieën voor psychosociale ondersteuning gebruikt door de interveniënten, evenals de strategieën die ze zouden willen toepassen. Tenslotte richt deze doelstelling zich ook op de evaluatie van de bronnen van professionele stress, het niveau van professionele uitputting, en de nood aan psychosociale ondersteuning bij de psychosociale interveniënten.

De vierde operationele doelstelling tracht kwalitatief de vraag en het aanbod van psychosociale steun in de klinische gesprekken, met psychosociale hulpverleners met patiënten met kanker en met hun naasten, te bestuderen. Aangezien een grote meerderheid van de psychologen hun deelname aan deze doelstelling hebben geweigerd, werd de derde doelstelling aangepast om zowel een kwantitatieve als kwalitatieve evaluatie toe te laten van de psychosociale ondersteuning aangeboden aan patiënten met kanker en hun naasten in België.

De derde doelstelling kan dus opgesplitst worden in drie algemene doelstellingen die het onderwerp zijn van de drie volgende hoofdstukken:

- De evaluatie en organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie;
- Evaluatie van de interventies voor psychosociale ondersteuning verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie;
- Evaluatie van de professionele levenskwaliteit van de psychosociale interveniënten in de oncologie.

Deze tweede hoofdstuk zal gewijd zijn aan het tweede onder hen en zal zich toespitsen op:

- De evaluatie door de psychologen van de moeilijkheden die hun patiënten tegenkomen;
- De evaluatie van de taken toegewezen aan de psychosociale interveniënten in de oncologie;
- De evaluatie van de taken verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie;
- De evaluatie van de taken die de psychosociale interveniënten in de oncologie idealiter hadden voorzien.

Methodologie

Aanwerving van de proefpersonen

Ziekenhuisinstellingen die patiënten met kanker behandelen werden voor de helft gerekruteerd in het Nederlandstalig Gewest en voor de andere helft in het Franstalig Gewest. Er werden eveneens twee patiëntenverenigingen gekozen in elk gewest. Alle psychologen uit de deelnemende ziekenhuisinstellingen en patiëntenverenigingen die tenminste 10 uur per week besteden aan de hulpverlening van patiënten met kanker of hun naasten, werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie.

Keuze van de proefpersonen

Inclusiecriteria voor de psychosociale hulpverleners :

- psycholoog zijn;
- tenminste 10 uur per week besteden aan de begeleiding van patiënten met kanker of aan de naasten van patiënten met kanker;
- voldoende kennis hebben van het Nederlands of van het Frans om deel te nemen aan de studie;
- bereid zijn om deel te nemen aan de evaluaties die in de studie voorzien zijn en een informed consentformulier hebben ondertekend.

Exclusiecriteria voor de psychosociale interveniënten :

- uitsluitend in de afdeling voor palliatieve zorgen of uitsluitend in de palliatieve instellingen tewerkgesteld zijn;
- uitsluitend in pediatrie tewerkgesteld zijn.

Type studie

Deze studie is descriptief, multi-centrisch en nationaal.

Duur van de studie

De inzameling van de gegevens werd gespreid over een periode van 6 maanden gaande van april 2004 tot en met september 2004.

Inzameling van de gegevens

De evaluatie van de proefpersonen gebeurde individueel. Een telefonisch contact werd genomen met het geheel van de personen om hun inclusiecriteria na te gaan en om hen uit te nodigen deel te nemen aan de studie.

De verschillende zelfevaluatie-vragenlijsten (gestandaardiseerd en gevalideerd) werden per post verstuurd naar de personen die hadden toegestemd om deel te nemen aan de studie. Een voorgezegelde briefomslag begeleidde deze post, om de vragenlijsten ingevuld terug op te sturen. Een telefoonnummer werd ter beschikking gesteld van de deelnemers opdat zij alle vragen konden stellen in verband met de inhoud van de vragenlijsten of over de studie

in het algemeen. Met elk interveniënt die zijn/haar vragenlijst na twee weken niet had teruggestuurd, werd telefonisch contact genomen. De ontbrekende gegevens van de verschillende zelfevaluatie-schalen werden vervolledigd tijdens een laatste telefonisch contact.

Evaluatie instrumenten

- Specifieke sociodemografische en socioprofessionele vragenlijst voor de psychologen die intervenites uitvoeren in de oncologie (leeftijd, geslacht, familiale toestand, moedertaal, meest gesproken taal, opleiding, diploma's, aantal jaren algemene klinische praktijk en in de oncologie, huidige plaats van praktijk).
- Aanpassing van de vragenlijst *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES) (Schag *et al.*, 1990; Schag *et al.*, 1991; Ganz *et al.*, 2002). Deze vragenlijst onderzoekt aan de hand van 138 items, 38 types moeilijkheden die patiënten met kanker kunnen tegenkomen. Deze moeilijkheden kunnen verdeeld worden in 6 categorieën: fysieke, psychosociale, seksuele, moeilijkheden in de partnerrelatie, moeilijkheden in de interacties met het medische team, en andere moeilijkheden (pijn gedurende de diagnostische procedures, gewichtstoename, diarree en enuresis, moeilijkheden verbonden aan de chemotherapie, aan de bestralingen, aan de stomie, aan de prothese, aan de therapietrouw, aan de verplaatsingen, in het ontmoeten van potentiële partners, economische moeilijkheden en aanwervingsmoeilijkheden). De interveniënten werden verzocht aan te duiden in welke mate zij, in de loop van de voorbije maand, deze moeilijkheden bij hun patiënten met kanker hebben opgemerkt (gaande van « 0 = nooit » tot « 4 = heel vaak »). De interveniënten werden verzocht aan te duiden of het op zich nemen van elk van de 38 types moeilijkheden die door de CARES onderzocht werden, wel of niet deel uitmaakt van de taken die hen zijn opgedragen en van de taken die zij effectief op zich nemen. Voor elke type moeilijkheid die zij op zich hebben genomen in de loop van de voorbije maand, werden zij eveneens verzocht aan te duiden: welke de kenmerken zijn van de interventies die zij verwezenlijken en welke de kenmerken zijn van de interventies die zij idealiter hadden voorzien: type van interventie (evaluatie, informatie, ondersteuning, psychotherapie), het interventiekader (individueel, per koppel, in gezinsverband, in groepsverband of verbindingswerk), het theoretisch psychotherapeutische model dat werd gebruikt (analytisch, cognitief-gedragsmatig, systemische of andere), en de duur van de interventies (eenmalig (van 1 tot 2 sessies), van korte duur (3 tot 10 sessies) of van lange duur (11 sessies of meer)).

Statistische onderzoeken

De onderzoeken van frequenties of gemiddelden werden verwezenlijkt om de kenmerken van de moeilijkheden die de patiënten tegengekomen en die de psychologen op zich nemen te beschrijven, alsook de taken die worden toegewezen aan de psychologen in de oncologie, deze die zij verwezenlijken en deze die zij idealiter hadden voorzien.

Resultaten

Aanwerving van de proefpersonen

De psychologen werden aangeworven in 42 ziekenhuisinstellingen en 11 franstalige patiëntenverenigingen en in 48 ziekenhuisinstellingen en 5 nederlandstalige patiëntenverenigingen.

Honderdzevenenvijftig psychologen werden gecontacteerd: 96 franstalige psychologen en 61 Nederlandstalige psychologen. Onder hen voldeden tweeënzeventig psychologen niet aan de inclusiecriteria om de volgende redenen (een psycholoog kon voor verschillende redenen niet voldoen aan de inclusiecriteria):

- 38 psychologen besteden minder dan 10 uur per week aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten ;
- 6 psychologen hebben in de voorbije maand niet gewerkt;
- 15 psychologen werken uitsluitend in palliatieve zorgen of hospitalisatieafdelingen;
- 16 psychologen werken uitsluitend in de pediatrie.

Vijfentachtig psychologen voldeden aan de inclusiecriteria. Zestien psychologen hebben geweigerd deel te nemen aan de studie. De redenen van hun weigering zijn de volgende (een psycholoog mocht weigeren om verschillende redenen):

- 6 psychologen vonden dat de afname van de vragenlijst te lang zou duren;
- 2 psychologen ervaren de vragenlijst als een inbreuk op hun privé-leven;
- 1 psycholoog weigerde deel te nemen aan een studie;
- 12 psychologen hebben om andere redenen geweigerd (zwangerschapsverlof, beschouwen niet genoeg tijd te hebben om de vragenlijst in te vullen voor het einde van de studie).

Negenenzestig psychologen hebben toegestemd deel te nemen aan de studie. Onder hen hebben 4 psychologen besloten hun deelname te stoppen, drie vragenlijsten zijn verloren gegaan bij de post. Tweeënzeestig psychologen zijn dus evalueerbaar. Onder hen zijn 39 (63%) Franstalig en 23 (37%) Nederlandstalig.

Sociodemografische en socioprofessionele kenmerken

Zoals aangeduid in tabel 1 is 90% van de psychologen van het vrouwelijke geslacht. Zij hebben gemiddeld 10 jaar ervaring (s-a=8,5) waarvan gemiddeld 7 jaar praktijk in de oncologie (s-a=5,6) en 5 jaar in de instelling waar zij tegenwoordig tewerkgesteld zijn (s-a=4,5). Zevenennegentig percent onder hen werkt tegenwoordig in een ziekenhuisinstelling. Wij merken op dat veel psychologen een praktijk in een ziekenhuisinstelling cumuleren met een praktijk in een vereniging en / of met een privé-praktijk.

Evaluatie van de taken toegewezen aan de psychosociale interveniënten in de oncologie

Tabel 2 herneemt de moeilijkheden van de patiënten waarvan de zorgverstrekking behoort tot de taken toegewezen aan de psychologen en de taken die effectief door de psychologen verwezenlijkt worden. Zoals aangeduid, beschouwen de psychologen dat de zorgverstrekking aan patiënten betreffende de medische interacties, de psychosociale moeilijkheden en deze verbonden aan de partnerrelatie, behoren tot hun taak en zij nemen deze moeilijkheden inderdaad op zich. Ook beschouwt een meerderheid van de psychologen eveneens dat de moeilijkheden op seksueel gebied deel uitmaken van hun functie, toch nemen zij die minder vaak op zich. Een minder groot aantal psychologen beschouwt deze moeilijkheden als een deel van hun taken, en neemt inderdaad deze moeilijkheden op zich.

Tabel 2. Frequentie van de vastgestelde moeilijkheden en hulpverlening uitgevoerd door de psychologen bij kankerpatiënten (n=62)

	Tegengekomen moeilijkheden ¹		Verwachte hulpverlening ²		Effectieve hulpverlening ³	
	G	SA	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden						
Mobiliteit	3,0	0,4	41	67,2 *	47	75,8
Activiteiten van het dagelijks leven	2,6	0,6	38	61,3	39	62,9
Vrijtijdsactiviteiten	2,9	0,5	60	96,8	60	96,8
Gewichtsverlies	2,7	0,6	36	58,1	37	59,7
Beroep/werk	3,3	0,6	49	79,0	43	69,4
Pijn	2,3	0,5	54	87,1	53	85,5
Kleding	1,3	0,9	26	41,9	18	29,0
Moeilijkheden in de medische interacties						
Verkrijgen van informatie	1,9	0,7	59	95,2	59	95,2
Communicatie met het team	2,4	0,5	59	95,2	61	98,4
Controle over medische procedures	2,1	0,7	41	66,1	40	64,5
Psychosociale moeilijkheden						
Lichaamsbeeld	2,7	0,9	62	100,0	54	87,1
Psychologische noden	2,9	0,5	62	100,0	62	100,0
Cognitief functioneren	2,5	0,7	54	87,1	46	74,2
Communicatie met vrienden	2,3	0,7	62	100,0	59	95,2
Relaties met vrienden en familie	2,2	0,6	60	96,8	59	95,2
Angst over medische omstandigheden	2,8	0,6	61	98,4	59	95,2
Bezorgdheid over de ziekte	3,1	0,5	60	96,8	60	96,8
Relaties met de kinderen	2,6	0,6	62	100,0	61	98,4
Problemen op het werk	1,9	0,8	52	83,9	45	72,6
Moeilijkheden in de partnerrelatie						
Communicatie met de partner	2,8	0,7	62	100,0	62	100,0
Fysiek contact met de partner	1,8	0,8	58	93,5	44	71,0
Het goed met de partner kunnen vinden	1,7	0,8	60	96,8	56	90,3
Overbescherming van de partner	1,8	0,8	60	96,8	55	88,7
Gebrek aan aandacht van de partner	1,9	0,8	59	96,7 *	57	91,9
Moeilijkheden op seksueel gebied						
Seksuele belangstelling	2,4	0,9	60	96,8	49	79,0
Seksueel functioneren	2,7	0,9	57	93,4 *	39	62,9
Andere moeilijkheden						
Pijn tijdens de diagnostische procedures	2,0	0,7	36	58,1	33	53,2
Gewichtstoename	1,2	0,9	19	30,6	15	24,2
Diarree/Enuresis	2,0	0,6	16	25,8	17	27,4
Moeilijkheden betreffende de chemotherapie	2,8	0,6	58	93,5	56	90,3
Moeilijkheden betreffende de radiotherapie	2,2	0,7	51	82,3	48	77,4
Moeilijkheden betreffende de stoma	1,9	1,1	19	30,6	15	24,2
Moeilijkheden betreffende de prothese	1,6	1,1	38	61,3	24	38,7
Therapietrouw	1,2	0,5	46	74,2	35	56,5
Vervoer	2,3	0,8	11	17,7	13	21,0
Economische moeilijkheden	2,4	0,8	12	19,4	16	25,8
Aanwervingsmoeilijkheden	1,7	1,1	26	41,9	17	27,4
Potentiële partners ontmoeten	2,0	1,2	58	93,5	39	62,9

¹ 0=Nooit, 1= Zelden, 2= Soms, 3= Vaak, 4= Heel vaak

² Aantal psychologen die van mening zijn dat zij deze problemen van de patiënten met kanker en hun naasten op zich moeten nemen als onderdeel van hun functie

³ Aantal psychologen die deze problemen effectief op zich hebben genomen tijdens de voorbije maand bij kankerpatiënten en hun naasten

Evaluatie van de taken verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie

Tabel 3 herneemt de verschillende interventietypes verwezenlijkt door de psychologen in het kader van hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Zoals aangeduid zijn de ondersteuning en raadgeving de meest voorkomende interventietypes van de psychologen die hulp verlenen aan patiënten met kanker. 69 tot 100% van de psychologen verwezenlijken deze types interventie in hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Volgen daarna de interventies van type informatie, opvoeding en deze van evaluatie. Psychotherapie wordt het minst gebruikt als interventietype. In tegenstelling tot de andere interventies die gebruikt worden voor het geheel moeilijkheden van de patiënten, wordt de psychotherapie hoofdzakelijk gebruikt voor psychosociale, seksuele of moeilijkheden verbonden aan de partnerrelatie.

Tabel 3. Interventies van de psychologen bij de hulpverlening betreffende de moeilijkheden van kankerpatiënten(n=62)

	Psychologen ²		Interventietypes ²							
			Evaluatie		Informatie en opleiding		Ondersteuning en advies		Psychotherapie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden										
Mobiliteit	47	75,8	27	58,7 *	34	72,3	46	97,9	7	14,9
Activiteiten van het dagelijks leven	39	62,9	25	65,8 *	30	78,9 *	38	97,4	7	17,9
Vrijtijdsactiviteiten	60	96,8	38	63,3	47	78,3	59	98,3	14	23,3
Gewichtsverlies	37	59,7	23	62,2	30	83,3 *	33	89,2	5	13,5
Professioneel gebied/werk	43	69,4	25	59,5 *	25	58,1	41	95,3	10	23,3
Pijn	53	85,5	41	77,4	38	71,7	49	92,5	13	24,5
Kleding	18	29,0	9	50,0	11	61,1	18	100,0	3	16,7
Moeilijkheden in de medische interacties										
Verkrijgen van informatie	59	95,2	40	67,8	36	61,0	51	86,4	4	6,8
Communicatie met werkteam	61	98,4	39	63,9	39	63,9	57	93,4	12	19,7
Controle over de medische procedures	40	64,5	26	66,7 *	25	62,5	36	90,0	8	20,0
Psychosociale moeilijkheden										
Lichaamsbeeld	54	87,1	33	61,1	45	84,9 *	54	100,0	27	50,0
Psychologische noden	62	100,0	44	71,0	44	71,0	61	98,4	40	64,5
Cognitieve moeilijkheden	46	74,2	28	60,9	36	78,3	45	97,8	8	17,4
Communicatie met vrienden en familie	59	95,2	33	56,9 *	34	57,6	56	94,9	22	37,3
Relaties met vrienden en familie	59	95,2	31	52,5	34	57,6	58	98,3	19	32,2
Angst over medische omstandigheden	59	95,2	28	47,5	36	61,0	57	96,6	14	23,7
Bezorgdheid over de ziekte	60	96,8	35	58,3	37	61,7	58	96,7	24	40,0
Relaties met de kinderen	61	98,4	32	53,3 *	47	77,0	60	98,4	16	26,7 *
Problemen op het werk	45	72,6	22	48,9	27	60,0	43	95,6	8	17,8
Moeilijkheden in partnerrelatie										
Communicatie met de partner	62	100,0	33	53,2	33	53,2	61	98,4	29	46,8
Fysiek contact met de partner	44	71,0	21	47,7	23	52,3	39	88,6	14	32,6 *
Het goed met de partner kunnen vinden	56	90,3	29	51,8	27	48,2	53	94,6	21	38,2 *
Overbescherming van de partner	55	88,7	32	58,2	28	52,8 *	51	92,7	13	23,6
Gebrek aan aandacht van de partner	57	91,9	31	55,4 *	27	48,2 *	55	98,2 *	21	38,2 *
Moeilijkheden op seksueel gebied										
Seksuele belangstelling	49	79,0	28	57,1	26	53,1	48	100,0 *	20	41,7 *
Seksueel functioneren	39	62,9	20	51,3	25	64,1	34	87,2	9	23,1
Andere moeilijkheden										
Pijn tijdens de diagnostische procedures	33	53,2	20	60,6	24	72,7	29	87,9	0	0,0
Gewichtstoename	15	24,2	10	66,7	13	86,7	13	86,7	1	6,7
Diarree/Enuresis	17	27,4	9	52,9	12	70,6	15	88,2	1	5,9
Moeilijkheden betreffende de chemotherapie	56	90,3	37	66,1	49	87,5	54	96,4	10	17,9
Moeilijkheden betreffende de radiotherapie	48	77,4	30	62,5	39	81,3	46	95,8	6	12,5
Moeilijkheden met de stoma	15	24,2	11	73,3	9	60,0	12	80,0	3	20,0
Moeilijkheden met de prothese	24	38,7	12	50,0	17	70,8	19	79,2	8	34,8 *
Therapietrouw	35	56,5	23	65,7	28	80,0	32	91,4	7	20,0
Vervoer	13	21,0	11	84,6	12	92,3	9	69,2	0	0,0
Economische moeilijkheden	16	25,8	12	75,0	11	68,8	13	81,3	16	100,0
Aanwervingsmoeilijkheden	17	27,4	9	52,9	9	52,9	17	100,0	1	5,9
Potentiële partners ontmoeten	39	62,9	17	43,6	18	47,4 *	30	76,9	17	43,6

¹Aantal psychologen die elk psychotherapeutisch model gebruiken bij de zorgverlening van de verschillende moeilijkheden

²Aantal psychologen die het tegengkomen probleem bij kankerpatiënten en hun naasten op zich hebben genomen tijdens de voorbije maand

*Aangepast percentage in functie van ontbrekende waarden

Tabel 4 herneemt de verschillende interventiekaders van de psychologen in het kader van hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Zoals aangeduid is het individuele kader het meest voorkomende interventiekader voor de zorgverstrekking aan patiënten met kanker. 87 tot 100% van de psychologen bieden hulp in dit kader. Deze wordt gevolgd door verbindingswerk (contact), daarna door interventies per koppel, in familieverband en in groepsverband. De interventiekaders die het minst gebruikt worden, zijn de interventies in familieverband of groepsverband. De interventiekaders schijnen weinig verbonden te zijn met het type moeilijkheden die de patiënten tegenkomen. Enkel de interventies per koppel schijnen meer gebruikt te worden voor seksuele moeilijkheden en moeilijkheden verbonden aan de partnerrelatie dan voor andere moeilijkheden.

Tabel 4. Interventiewijzen van de psychologen bij de zorgverstrekking betreffende de moeilijkheden van kankerpatiënten (n=62)

Vastgestelde moeilijkheden	Interventiewijzen ²											
	Psychologen ¹		Individueel		koppel		Gezin		Groep		Contact ³	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden												
Mobiliteit	47	75,8	46	97,9	25	53,2	11	23,4	4	8,5	35	74,5
Activiteiten van het dagelijks leven	39	62,9	38	97,4	22	56,4	5	12,8	3	7,7	26	68,4 *
Vrijtijdsactiviteiten	60	96,8	60	100,0	29	48,3	9	15,3 *	6	10,0	33	55,0
Gewichtsverlies	37	59,7	37	100,0	14	37,8	6	16,2	1	2,7	25	67,6
Professioneel gebied/werk	43	69,4	43	100,0	14	32,6	2	4,7	2	4,7	25	58,1
Pijn	53	85,5	53	100,0	20	37,7	7	13,2	2	3,8	45	84,9
Kleding	18	29,0	18	100,0	5	27,8	-	-	2	11,1	7	38,9
Moelijkheden in de medische interacties												
Verkrijgen van informatie	59	95,2	59	100,0	31	52,5	11	18,6	6	10,2	50	84,7
Communicatie met het team	61	98,4	61	100,0	32	52,5	13	21,3	7	11,7 *	51	83,6
Controle over de medische procedures	40	64,5	40	100,0	16	40,0	7	17,5	3	7,5	31	77,5
Psychosociale moeilijkheden												
Lichaamsbeeld	54	87,1	52	96,3	28	51,9	6	11,3 *	2	3,7	29	53,7
Psychologische noden	62	100,0	62	100,0	36	58,1	13	21,0	5	8,2 *	47	77,0 *
Cognitieve moeilijkheden	46	74,2	45	97,8	16	34,8	4	8,7	3	6,5	24	52,2
Communicatie met vrienden en familie	59	95,2	58	98,3	35	59,3	19	32,2	6	10,2	22	37,3
Relaties met vrienden en familie	59	95,2	58	98,3	33	55,9	16	27,1	4	6,8	22	37,3
Angst over medische omstandigheden	59	95,2	58	98,3	24	40,7	6	10,2	2	3,4	40	67,8
Bezorgdheid over de ziekte	60	96,8	59	98,3	23	38,3	6	10,0	3	5,0	40	66,7
Relaties met de kinderen	61	98,4	59	96,7	37	60,7	26	42,6	7	11,5	28	45,9
Problemen op het werk	45	72,6	45	100,0	10	22,2	4	8,9	3	6,7	17	37,8
Moelijkheden in partnerrelatie												
Communicatie met de partner	62	100,0	61	98,4	45	72,6	4	6,5	4	6,5	28	45,2
Fysiek contact met de partner	44	71,0	40	90,9	27	61,4	1	2,3	2	4,5	12	27,3
Het goed met de partner kunnen vinden	56	90,3	53	94,6	44	78,6	3	5,4	4	7,1	19	33,9
Overbescherming van de partner	55	88,7	53	96,4	42	76,4	5	9,1	2	3,6	22	40,0
Gebrek aan aandacht van de partner	57	91,9	57	100,0	39	68,4	4	7,0	3	5,3	21	37,5 *
Moelijkheden op seksueel gebied												
Seksuele belangstelling	49	79,0	49	100,0	30	61,2	2	4,1	4	8,3 *	19	38,8
Seksueel functioneren	39	62,9	35	89,7	20	52,6 *	-	-	-	-	14	35,9
Andere moeilijkheden												
Pijn tijdens de diagnostische procedures	33	53,2	33	100,0	8	24,2	3	9,1	1	3,0	22	66,7
Gewichtstoename	15	24,2	15	100,0	3	20,0	1	6,7	1	6,7	9	60,0
Diarree/Enuresis	17	27,4	17	100,0	4	23,5	1	5,9	-	-	14	82,4
Moelijkheden betreffende de chemotherapie	56	90,3	55	98,2	21	37,5	10	17,9	5	8,9	40	71,4
Moelijkheden betreffende de radiotherapie	48	77,4	47	97,9	18	37,5	5	10,4	4	8,3	34	70,8
Moelijkheden met de stoma	15	24,2	13	86,7	5	33,3	-	-	-	-	13	86,7
Moelijkheden met de prothese	24	38,7	22	91,7	13	54,2	3	12,5	3	13,0 *	13	54,2
Therapietrouw	35	56,5	35	100,0	12	34,3	5	14,3	-	-	27	77,1
Vervoer	13	21,0	12	92,3	7	53,8	1	7,7	1	7,7	11	84,6
Economische moeilijkheden	16	25,8	15	93,8	9	56,3	5	31,3	1	6,3	15	93,8
Aanwervingsmoeilijkheden	17	27,4	16	94,1	3	17,6	-	-	2	11,8	9	52,9
Potentiele partners ontmoeten	39	62,9	33	84,6	3	7,7	1	2,6	1	2,6 *	12	30,8

¹Aantal psychologen die het tegengekomen probleem op zich hebben genomen tijdens de voorbije maand.

²Aantal psychologen die een specifieke interventietechniek gebruiken bij de zorgverlening betreffende het tegengekomen probleem

³Elk verbindingswerk uitgevoerd tussen het medisch team en de patiënt

*Aangepast percentage in functie van de ontbrekende gegevens

Tabel 5 herneemt de theoretische modellen van de psychologen in het kader van hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Zoals aangeduid, is het cognitief-gedragsmatige model het meest voorkomende theoretische model van psychologen die hulp verlenen aan patiënten met kanker. 35% tot 69% van de psychologen verwezenlijken dit type interventie in hun zorgverlening aan patiënten met kanker. Deze wordt opgevolgd door het systemische

en analytische model en op een meer sporadische wijze door andere theoretische modellen. De theoretische modellen schijnen weinig verbonden te zijn met de type moeilijkheden dat de patiënten tegenkomen. Enkel het systemisch model schijnt meer aanwezig te zijn voor de hulpverlening van seksuele moeilijkheden of verbonden aan de partnerrelatie, dan voor andere moeilijkheden.

Tabel 5. Theoretische bronnen van de psychologe voor de zorgverstrekking van de moeilijkheden van kankerpatiënten (n=62)

Vastgestelde moeilijkheden	Theoretische bronnen ²									
	Psychologen ¹		Analytisch		Cognitief-gedragsmatig		Systemisch		Andere ³	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden										
Mobiliteit	47	75,8	13	27,7	26	55,3	20	42,6	8	17,4 *
Activiteiten van het dagelijks leven	39	62,9	11	28,2	27	69,2	16	41,0	7	18,4 *
Vrijtijdsactiviteiten	60	96,8	20	33,3	35	58,3	23	38,3	9	15,3 *
Gewichtsverlies	37	59,7	9	24,3	17	45,9	7	18,9	11	31,4 *
Professioneel gebied/werk	43	69,4	16	37,2	25	58,1	12	27,9	7	16,7 *
Pijn	53	85,5	14	26,4	34	64,2	11	20,8	11	21,2 *
Kleding	18	29,0	5	29,4 *	11	61,1	4	22,2	4	22,2
Moeilijkheden in de medische interacties										
Verkrijgen van informatie	59	95,2	16	27,6 *	26	44,1	15	25,4	9	15,3
Communicatie met het team	61	98,4	23	37,7	33	54,1	18	29,5	6	9,8
Controle van medische onderzoeken	40	64,5	18	45,0	24	60,0	11	27,5	7	17,9 *
Psychosociale moeilijkheden										
Lichaamsbeeld	54	87,1	26	48,1	29	53,7	54	100,0	12	22,2
Psychologische noden	62	100,0	29	47,5 *	36	58,1	24	38,7	13	21,3 *
Cognitieve moeilijkheden	46	74,2	12	26,1	26	56,5	6	13,0	5	10,9
Communicatie met vrienden en familie	59	95,2	23	39,0	25	42,4	27	45,8	8	13,6
Relaties met vrienden en familie	59	95,2	20	33,9	28	47,5	26	44,1	8	13,6
Angst over medische omstandigheden	59	95,2	19	32,8 *	34	57,6	11	18,6	11	19,0 *
Bezorgdheid over de ziekte	60	96,8	23	39,0 *	31	51,7	11	18,3	12	20,0
Relaties met de kinderen	61	98,4	22	36,1	25	41,0	29	47,5	11	18,0
Problemen op het werk	45	72,6	14	31,1	24	53,3	13	28,9	11	24,4
Moeilijkheden in partnerrelatie										
Communicatie met de partner	62	100,0	29	46,8	27	43,5	30	48,4	11	17,7
Fysiek contact met de partner	44	71,0	14	31,8	19	43,2	16	36,4	8	19,0 *
Het goed met de partner kunnen vinden	56	90,3	19	33,9	22	39,3	32	57,1	7	12,5
Overbescherming van de partner	55	88,7	20	37,0 *	25	45,5	26	47,3	6	10,9
Gebrek aan aandacht van de partner	57	91,9	25	43,9	25	43,9	26	45,6	8	14,0
Moeilijkheden op seksueel gebied										
Seksuele belangstelling	49	79,0	22	44,9	27	55,1	20	40,8	6	12,2
Seksueel functioneren	39	62,9	14	35,9	19	48,7	13	33,3	6	15,4
Andere moeilijkheden										
Pijn tijdens de diagnostische procedures	33	53,2	6	18,2	20	60,6	3	9,1	4	12,1
Gewichtstoename	15	24,2	6	40,0	9	60,0	3	20,0	1	6,7
Diarree/Enuresis	17	27,4	6	35,3	8	47,1	1	5,9	4	23,5
Moeilijkheden betreffende de chemotherapie	56	90,3	15	27,3 *	38	67,9	11	19,6	11	19,6
Moeilijkheden betreffende de radiotherapie	48	77,4	12	25,5 *	33	68,8	9	18,8	8	16,7
Moeilijkheden met de stoma	15	24,2	5	33,3	8	53,3	2	13,3	1	6,7
Moeilijkheden met de prothese	24	38,7	10	41,7	12	50,0	6	25,0	6	25,0
Therapietrouw	35	56,5	13	37,1	22	62,9	7	20,0	4	11,4
Vervoer	13	21,0	1	8,3 *	6	46,2	2	15,4	2	15,4
Economische moeilijkheden	16	25,8	4	25,0	8	50,0	3	18,8	3	18,8
Aanwervingsmoeilijkheden	17	27,4	5	29,4	6	35,3	2	11,8	4	23,5
Potentiële partners ontmoeten	39	62,9	19	48,7	20	51,3	7	17,9	8	20,5

¹Aantal psychologen die het tegengekomen probleem op zich hebben genomen tijdens de voorbije maand.

²Aantal psychologen die een specifieke interventietechniek gebruiken bij de zorgverlening betreffende het tegengekomen probleem.

*Aangepast percentage wegens eventueel ontbrekende gegevens

Tabel 6 herneemt de duur van de interventies die verwezenlijkt worden door de psychologen in het kader van hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Zoals aangeduid, zijn de interventies hoofdzakelijk eenmalig of van korte duur. De duur van de interventies schijnt weinig verbonden te zijn met de moeilijkheden die de patiënten tegenkomen.

Tabel 6. Duur van de psychosociale interventies opgesteld door de psychologen bij de zorgverstrekking betreffende de moeilijkheden van kankerpatiënten (n=62)¹

Tegengekomen moeilijkheden	Duur van de interventies ²							
	Psychologen ¹		Punctueel (1 à 2 sessies)		Korte duur (3 à 10 sessies)		Lange duur (Meer dan 10 sessies)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden								
Mobiliteit	47	75,8	35	74,5	21	44,7	3	6,4
Activiteiten van het dagelijks leven	39	62,9	32	82,1	12	30,8	2	5,1
Vrijtidsactiviteiten	60	96,8	41	68,3	34	56,7	8	13,3
Gewichtsverlies	37	59,7	26	70,3	15	40,5	3	8,1
Professioneel gebied/werk	43	69,4	26	60,5	23	53,5	7	16,7 *
Pijn	53	85,5	28	52,8	32	60,4	10	18,9
Kleding	18	29,0	15	83,3	7	38,9	4	22,2
Moeilijkheden in de medische interacties								
Verkrijgen van informatie	59	95,2	46	78,0	26	44,1	8	13,6
Communicatie met werkteam	61	98,4	42	68,9	27	45,0 *	8	13,1
Controle van medische onderzoeken	40	64,5	26	65,0	20	50,0	7	17,5
Psychosociale moeilijkheden								
Lichaamsbeeld	54	87,1	24	44,4	35	64,8	14	25,9
Psychologische noden	62	100,0	24	38,7	46	74,2	24	38,7
Cognitieve moeilijkheden	46	74,2	32	69,6	23	50,0	8	17,4
Communicatie met vrienden en familie	59	95,2	35	59,3	38	64,4	12	20,3
Relaties met vrienden en familie	59	95,2	38	64,4	32	54,2	11	18,6
Angst over medische omstandigheden	59	95,2	41	69,5	33	55,9	10	17,2 *
Bezorgdheid over de ziekte	60	96,8	31	51,7	40	66,7	19	31,7
Relaties met de kinderen	61	98,4	41	67,2	33	54,1	7	11,7 *
Problemen op het werk	45	72,6	37	82,2	19	42,2	7	15,6
Moeilijkheden in partnerrelatie								
Communicatie met de partner	62	100,0	37	59,7	41	66,1	16	25,8
Fysiek contact met de partner	44	71,0	26	59,1	26	59,1	9	20,9 *
Het goed met de partner kunnen vinden	56	90,3	30	53,6	41	73,2	10	17,9
Overbescherming van de partner	55	88,7	37	67,3	28	50,9	6	10,9
Gebrek aan aandacht van de partner	57	91,9	37	64,9	32	56,1	7	12,3
Moeilijkheden op seksueel gebied								
Seksuele belangstelling	49	79,0	26	53,1	29	59,2	12	24,5
Seksueel functioneren	39	62,9	19	48,7	12	30,8	6	15,4
Andere moeilijkheden								
Pijn tijdens de diagnostische procedures	33	53,2	29	87,9	6	18,2	1	3,0
Gewichtstoename	15	24,2	9	60,0	6	40,0	3	20,0
Diarree/Enuresis	17	27,4	13	76,5	8	47,1	1	5,9
Moeilijkheden betreffende de chemotherapie	56	90,3	32	57,1	36	64,3	8	14,3
Moeilijkheden betreffende de radiotherapie	48	77,4	32	66,7	25	52,1	5	10,4
Moeilijkheden met de stoma	15	24,2	9	60,0	7	46,7	2	13,3
Moeilijkheden met de prothese	24	38,7	15	65,2 *	14	58,3	6	25,0
Therapietrouw	35	56,5	26	74,3	17	50,0 *	5	14,3
Vervoer	13	21,0	11	84,6	4	30,8	1	7,7
Economische moeilijkheden	16	25,8	15	93,8	3	18,8	2	12,5
Aanwervingsmoeilijkheden	17	27,4	12	70,6	6	35,3	2	11,8
Potentiele partners ontmoeten	39	62,9	22	56,4	18	46,2	8	20,5

¹Aantal psychologen die het tegengekomen probleem op zich hebben genomen tijdens de voorbije maand

²Aantal psychologen die een specifieke interventietechniek gebruiken bij de zorgverlening betreffende het tegengekomen probleem.

*Aangepast percentage in functie van eventuele ontbrekende gegevens.

Evaluatie van de taken die de psychosociale interveniënten in de oncologie idealiter hadden voorzien.

Tabel 7 herneemt de verschillende interventietypes die de psychologen wensen te verwezenlijken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Zoals aangeduid, zijn de ondersteuning en raadgeving de twee interventietypes die de psychologen het meest zouden willen verwezenlijken. 69 tot 100% wensen deze interventietypes te verwezenlijken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Komen daarna de interventies van type informatie, opvoeding en interventies van type evaluatie. De interventies die de psychologen het minst willen gebruiken is de psychotherapie.

Tabel 7. Verschillende interventietypes die de psychologen wensen te verwezenlijken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker (n=62)

	Interventietypes ²									
	Psychologen ²		Evaluatie		Informatie en opleiding		Ondersteuning en advies		Psychotherapie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden										
Mobiliteit	47	75,8	29	61,7	37	78,7	46	97,9	11	23,9 *
Activiteiten van het dagelijks leven	39	62,9	28	73,7 *	33	84,6	39	100,0	12	31,6 *
Vrijtijdsactiviteiten	60	96,8	42	70,0	49	81,7	59	98,3	20	33,3
Gewichtsverlies	37	59,7	25	67,6	34	91,9	34	91,9	6	16,7
Professioneel gebied/werk	43	69,4	26	60,5	28	65,1	42	97,7	15	34,9
Pijn	53	85,5	45	84,9	41	77,4	50	94,3	18	34,0
Kleding	18	29,0	9	50,0	10	55,6	17	94,4	6	33,3
Moelijkheden in de medische interacties										
Verkrijgen van informatie	59	95,2	45	76,3	40	67,8	52	88,1	7	11,9
Communicatie met werkteam	61	98,4	44	72,1	45	73,8	59	96,7	15	24,6
Controle over de medische procedures	40	64,5	28	71,8 *	29	72,5	38	95,0	11	27,5
Psychosociale moeilijkheden										
Lichaamsbeeld	54	87,1	35	64,8	38	70,4	53	98,1	36	67,9 *
Psychologische noden	62	100,0	47	75,8	46	74,2	61	98,4	48	77,4
Cognitieve moeilijkheden	46	74,2	34	73,9	39	84,8	44	95,7	10	21,7
Communicatie met vrienden en familie	59	95,2	38	64,4	36	61,0	57	96,6	31	52,5
Relaties met vrienden en familie	59	95,2	35	59,3	39	66,1	58	98,3	26	44,1
Angst over medische omstandigheden	59	95,2	32	54,2	38	64,4	58	98,3	18	30,5
Bezorgdheid over de ziekte	60	96,8	36	60,0	39	65,0	60	100,0	32	53,3
Relaties met de kinderen	61	98,4	36	59,0	49	80,3	60	98,4	24	39,3
Problemen op het werk	45	72,6	24	53,3	28	62,2	44	97,8	13	28,9
Moelijkheden in partnerrelatie										
Communicatie met de partner	62	100,0	38	61,3	35	56,5	61	98,4	39	62,9
Fysiek contact met de partner	44	71,0	24	54,5	28	66,7 *	42	95,5	20	45,5
Het goed met de partner kunnen vinden	56	90,3	32	58,2 *	31	55,4	54	98,2 *	35	62,5
Overbescherming van de partner	55	88,7	31	57,4 *	30	54,5	53	96,4	19	35,2 *
Gebrek aan aandacht van de partner	57	91,9	35	61,4	32	57,1 *	56	98,2	28	49,1
Moelijkheden op seksueel gebied										
Seksuele belangstelling	49	79,0	30	61,2	33	67,3	49	100,0	26	53,1
Seksueel functioneren	39	62,9	26	66,7	32	82,1	38	97,4	17	43,6
Andere moeilijkheden										
Pijn tijdens de diagnostische procedures	33	53,2	22	68,8 *	27	81,8	29	87,9	1	3,0
Gewichtstoename	15	24,2	12	80,0	15	100,0	13	86,7	3	20,0
Diarree/Enuresis	17	27,4	9	52,9	11	64,7	16	94,1	3	17,6
Moelijkheden betreffende de chemotherapie	56	90,3	40	71,4	50	89,3	55	98,2	16	28,6
Moelijkheden betreffende de radiotherapie	48	77,4	34	70,8	43	89,6	47	97,9	11	23,4 *
Moelijkheden met de stoma	15	24,2	11	73,3	9	60,0	13	86,7	4	26,7
Moelijkheden met de prothese	24	38,7	13	54,2	19	79,2	23	95,8	12	50,0
Therapietrouw	35	56,5	25	71,4	28	82,4 *	32	91,4	10	28,6
Vervoer	13	21,0	11	84,6	12	92,3	9	69,2	1	7,7
Economische moeilijkheden	16	25,8	12	75,0	12	75,0	13	81,3	1	6,7 *
Aanwervingsmoeilijkheden	17	27,4	9	52,9	8	47,1	17	100,0	3	17,6
Potentiële partners ontmoeten	39	62,9	21	53,8	21	53,8	38	97,4	24	61,5

¹Aantal psychologen die elk interventietype wensen te verwezenlijken bij de zorgverlening van de verschillende moeilijkheden

²Aantal psychologen die het tegengkomen probleem bij kankerpatiënten en hun naasten op zich hebben genomen tijdens de voorbije maand

*Aangepast percentage in functie van ontbrekende waarden

Tabel 8 herneemt de interventiekaders die de psychologen wensen te gebruiken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Zoals aangeduid is de hulpverlening in een individueel kader het interventiekader dat de psychologen het vaakst wensen te verwezenlijken. Komen daarna het verbindingswerk (contact), de interventies per koppel en tot slot interventies in familieverband en in groepsverband. De interventies die de psychologen het minst wensen te gebruiken zijn de interventies in familieverband of in groepsverband. De interventiekaders schijnen weinig verbonden te zijn met de type moeilijkheden die de patiënten tegenkomen. Enkel de interventies per koppel schijnen meer gewenst te zijn voor de specifieke hulpverlening verbonden aan seksuele moeilijkheden of verbonden aan de partnerrelatie.

Tabel 8. Interventiewijzen die de psychologen wensen te verwezenlijken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker (n=62)

Vastgestelde moeilijkheden	Interventiewijzen ²											
	Psychologen ¹		Individueel		koppel		Gezin		Groep		Contact ³	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden												
Mobiliteit	47	75,8	46	97,9	35	74,5	24	51,1	17	36,2	42	89,4
Activiteiten van het dagelijks leven	39	62,9	38	97,4	31	79,5	15	38,5	10	25,6	31	81,6 *
Vrijtjdsactiviteiten	60	96,8	60	100,0	39	65,0	22	36,7	17	28,3	40	66,7
Gewichtsverlies	37	59,7	35	94,6	18	48,6	12	32,4	11	31,4 *	31	83,8
Professioneel gebied/werk	43	69,4	43	100,0	19	44,2	8	18,6	9	20,9	29	67,4
Pijn	53	85,5	53	100,0	27	50,9	14	26,4	6	11,3	48	90,6
Kleding	18	29,0	17	100,0 *	8	44,4	2	11,1	2	11,1	8	44,4
Moelijkheden in de medische interacties												
Verkrijgen van informatie	59	95,2	58	98,3	36	61,0	19	32,8 *	12	20,3	57	96,6
Communicatie met het team	61	98,4	60	98,4	40	65,6	23	37,7	14	23,0	59	96,7
Controle over de medische procedures	40	64,5	39	100,0 *	21	52,5	8	20,0	7	17,5	35	87,5
Psychosociale moeilijkheden												
Lichaamsbeeld	54	87,1	53	98,1	43	81,1 *	15	27,8	13	24,1	38	70,4
Psychologische noden	62	100,0	62	100,0	45	72,6	31	50,0	22	35,5	55	88,7
Cognitieve moeilijkheden	46	74,2	45	97,8	20	43,5	6	13,0	6	13,0	30	65,2
Communicatie met vrienden en familie	59	95,2	58	98,3	46	78,0	40	67,8	20	33,9	31	52,5
Relaties met vrienden en familie	59	95,2	59	100,0	46	78,0	37	62,7	18	30,5	27	46,6 *
Angst over medische omstandigheden	59	95,2	59	100,0	28	47,5	12	20,3	14	23,7	47	79,7
Bezorgdheid over de ziekte	60	96,8	60	100,0	32	53,3	17	28,3	9	15,3 *	49	81,7
Relaties met de kinderen	61	98,4	59	96,7	45	73,8	50	82,0	12	19,7	36	59,0
Problemen op het werk	45	72,6	44	100,0 *	12	26,7	6	13,3	8	17,8	23	51,1
Moelijkheden in partnerrelatie												
Communicatie met de partner	62	100,0	59	96,7 *	55	88,7	22	36,6 *	13	21,0	34	54,8
Fysiek contact met de partner	44	71,0	44	100,0	41	93,2	5	11,4	4	9,1	21	47,7
Het goed met de partner kunnen vinden	56	90,3	53	94,6	56	100,0	5	8,9	8	14,8 *	25	44,6
Overbescherming van de partner	55	88,7	53	96,4	50	92,6 *	10	18,2	6	11,1 *	27	49,1
Gebrek aan aandacht van de partner	57	91,9	56	98,2	52	91,2	9	15,8	8	14,0	27	48,2 *
Moelijkheden op seksueel gebied												
Seksuele belangstelling	49	79,0	49	100,0	45	91,8	4	8,3 *	10	20,4	26	53,1
Seksueel functioneren	39	62,9	39	100,0	37	94,9	1	2,6	1	2,6	22	56,4
Andere moeilijkheden												
Pijn tijdens de diagnostische procedures	33	53,2	33	100,0	10	30,3	5	15,2	2	6,1	25	75,8
Gewichtstoename	15	24,2	15	100,0	4	26,7	3	20,0	3	20,0	11	73,3
Diarree/Enuresis	17	27,4	17	100,0	5	29,4	3	17,6	1	5,9	14	82,4
Moelijkheden betreffende de chemotherapie	56	90,3	55	98,2	29	51,8	16	28,6	17	30,9 *	45	81,8 *
Moelijkheden betreffende de radiotherapie	48	77,4	48	100,0	22	45,8	13	27,1	12	25,0	39	81,3
Moelijkheden met de stoma	15	24,2	14	93,3	6	40,0	15	100,0	15	100,0	14	93,3
Moelijkheden met de prothese	24	38,7	24	100,0	15	62,5	5	20,8	8	33,3	18	75,0
Therapietrouw	35	56,5	35	100,0	20	57,1	8	22,9	2	5,7	28	80,0
Vervoer	13	21,0	13	100,0	9	69,2	4	30,8	2	15,4	11	91,7 *
Economische moeilijkheden	16	25,8	15	93,8	11	68,8	5	31,3	2	12,5	16	100,0
Aanwervingsmoeilijkheden	17	27,4	16	94,1	3	18,8 *	1	5,9	5	29,4	12	70,6
Potentiele partners ontmoeten	39	62,9	39	100,0	7	17,9	2	5,3 *	4	10,5 *	16	41,0

¹Aantal psychologen die elk Interventiewijze wensen te verwezenlijken bij de zorgverlening van de verschillende moeilijkheden

²Aantal psychologen die een specifieke interventietechniek gebruiken bij de zorgverlening betreffende het tegengekomen probleem

³Elk verbindingswerk uitgevoerd tussen het medisch team en de patiënt

*Aangepast percentage in functie van de ontbrekende gegevens

Tabel 9 herneemt de theoretische modellen die de psychologen wensen te kunnen gebruiken in het kader van hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Zoals aangeduid, is het cognitief-gedragsmatige model het theoretische model dat de psychologen het vaakst wensen te gebruiken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Komen daarna de systemische en analytische modellen, en op een meer sporadische wijze andere modellen.

De theoretische modellen schijnen weinig verbonden te zijn met de type moeilijkheden die de patiënten tegenkomen. Enkel het gebruik van het systemisch model schijnt meer bevoorrecht te zijn in het kader van seksuele problemen of verbonden aan de partnerrelatie; de psychologen wensen het vaakst dit model te gebruiken in het kader van deze specifieke moeilijkheden.

Tabel 9. Theoretische bronnen die de psychologen wensen te verwezenlijken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker (n=62)

Vastgestelde moeilijkheden	Theoretische bronnen ²									
	Psychologen ¹		Analytisch		Cognitief-gedragsmatig		Systemisch		Andere ³	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden										
Mobiliteit	47	75,8	16	34,0	37	78,7	26	55,3	8	17,8 *
Activiteiten van het dagelijks leven	39	62,9	12	30,8	29	74,4	23	59,0	7	18,4 *
Vrijtijdsactiviteiten	60	96,8	24	40,0	44	73,3	29	48,3	9	15,5 *
Gewichtsverlies	37	59,7	10	27,0	21	56,8	8	21,6	11	30,6 *
Professioneel gebied/werk	43	69,4	16	37,2	26	60,5	16	37,2	7	17,1 *
Pijn	53	85,5	17	32,1	41	77,4	17	32,1	12	23,5 *
Kleding	18	29,0	7	38,9	11	61,1	4	22,2	4	22,2 *
Moeilijkheden in de medische interacties										
Verkrijgen van informatie	59	95,2	18	30,5	27	45,8	21	35,6	9	15,5 *
Communicatie met het team	61	98,4	25	41,0	37	60,7	23	37,7	8	13,3 *
Controle van medische onderzoeken	40	64,5	19	47,5	27	67,5	14	35,0	8	20,5 *
Psychosociale moeilijkheden										
Lichaamsbeeld	54	87,1	31	57,4	33	61,1	24	44,4	11	20,8 *
Psychologische noden	62	100,0	34	54,8	41	66,1	33	53,2	12	19,7 *
Cognitieve moeilijkheden	46	74,2	14	30,4	30	65,2	7	15,2	5	11,1 *
Communicatie met vrienden en familie	59	95,2	25	42,4	30	50,8	41	69,5	9	15,5 *
Relaties met vrienden en familie	59	95,2	26	44,1	31	52,5	41	69,5	9	15,5 *
Angst over medische omstandigheden	59	95,2	21	35,6	41	69,5	15	25,4	11	19,0 *
Bezorgdheid over de ziekte	60	96,8	28	46,7	33	55,0	18	30,0	12	20,3 *
Relaties met de kinderen	61	98,4	25	41,0	28	45,9	49	80,3	11	18,3 *
Problemen op het werk	45	72,6	16	35,6	26	57,8	13	28,9	11	24,4
Moeilijkheden in partnerrelatie										
Communicatie met de partner	62	100,0	33	53,2	29	46,8	42	67,7	11	17,7
Fysiek contact met de partner	44	71,0	19	43,2	21	47,7	26	59,1	8	18,6 *
Het goed met de partner kunnen vinden	56	90,3	24	42,9	24	42,9	43	76,8	8	14,3
Overbescherming van de partner	55	88,7	22	40,7 *	29	53,7 *	36	65,5	6	11,1 *
Gebrek aan aandacht van de partner	57	91,9	26	45,6	30	53,6 *	35	61,4	8	14,0
Moeilijkheden op seksueel gebied										
Seksuele belangstelling	49	79,0	24	51,1 *	28	57,1	29	59,2	6	12,8 *
Seksueel functioneren	39	62,9	17	43,6	23	59,0	20	51,3	7	17,9
Andere moeilijkheden										
Pijn tijdens de diagnostische procedures	33	53,2	9	27,3	22	66,7	4	12,1	4	12,5 *
Gewichtstoename	15	24,2	7	46,7	11	78,6 *	3	20,0	1	6,7
Diarree/Enuresis	17	27,4	7	43,8 *	10	58,8	1	5,9	4	23,5
Moeilijkheden betreffende de chemotherapie	56	90,3	17	30,4	45	80,4	16	28,6	11	19,6
Moeilijkheden betreffende de radiotherapie	48	77,4	17	35,4	38	79,2	14	29,2	9	18,8
Moeilijkheden met de stoma	15	24,2	6	40,0	8	53,3	4	26,7	1	6,7
Moeilijkheden met de prothese	24	38,7	12	50,0	13	54,2	11	45,8	8	33,3
Therapietrouw	35	56,5	14	40,0	24	68,6	9	25,7	4	11,8 *
Vervoer	13	21,0	1	7,7	6	46,2	2	15,4	3	25,0 *
Economische moeilijkheden	16	25,8	5	31,3	9	56,3	3	18,8	3	20,0 *
Aanwervingsmoeilijkheden	17	27,4	5	29,4	7	41,2	2	11,8	4	23,5
Potentiële partners ontmoeten	39	62,9	23	59,0	23	59,0	11	28,2	8	20,5

¹Aantal psychologen die elk theoretische bronnen te verwezenlijken bij de zorgverlening van de verschillende moeilijkheden

²Aantal psychologen die een specifieke interventietechniek gebruiken bij de zorgverlening betreffende het tegengekomen probleem.

*Aangepast percentage wegens eventueel ontbrekende gegevens

Tabel 10 herneemt de duur van interventies die de psychologen wensen te verwezenlijken in het kader van hun hulpverlening aan patiënten met kanker. Zoals aangeduid wensen de psychologen interventies van korte duur te verwezenlijken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker. De duur van de interventies schijnt verbonden te zijn met de moeilijkheden die de patiënten tegenkomen. De psychologen wensen eenmalige interventies te verwezenlijken voor fysieke moeilijkheden en andere moeilijkheden

(moeilijkheden verbonden aan de ziekte en haar behandelingen) en interventies van korte duur voor de psychosociale, seksuele en moeilijkheden verbonden aan de partnerrelatie.

Tabel 10. Duur van de psychosociale interventies die de psychologen wensen te verwezenlijken in hun hulpverlening aan patiënten met kanker (n=62)

Tegengekomen moeilijkheden	Duur van de interventies ²							
	Psychologen ¹		Punctueel (1 à 2 sessies)		Korte duur (3 à 10 sessies)		Lange duur (Meer dan 10 sessies)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fysieke moeilijkheden								
Mobiliteit	47	75,8	37	78,7	25	53,2	6	12,8
Activiteiten van het dagelijks leven	39	62,9	31	79,5	15	38,5	3	7,7
Vrijtjdsactiviteiten	60	96,8	33	55,0	43	71,7	7	11,7
Gewichtsverlies	37	59,7	27	73,0	20	54,1	5	13,5
Professioneel gebied/werk	43	69,4	24	55,8	29	67,4	7	16,3
Pijn	53	85,5	25	48,1	36	67,9	12	22,6
Kleding	18	29,0	15	83,3	7	38,9	4	22,2
Moeilijkheden in de medische interacties								
Verkrijgen van informatie	59	95,2	29	49,2	29	49,2	9	15,3
Communicatie met werkteam	61	98,4	39	63,9	34	55,7	10	16,4
Controle van medische onderzoeken	40	64,5	26	65,0	23	57,5	7	17,5
Psychosociale moeilijkheden								
Lichaamsbeeld	54	87,1	23	42,6	38	70,4	22	40,7
Psychologische noden	62	100,0	21	33,9	42	67,7	33	53,2
Cognitieve moeilijkheden	46	74,2	33	71,7	27	58,7	8	17,4
Communicatie met vrienden en familie	59	95,2	29	49,2	43	72,9	15	25,4
Relaties met vrienden en familie	59	95,2	35	59,3	38	64,4	13	22,2
Angst over medische omstandigheden	59	95,2	36	61,0	40	67,8	15	25,4
Bezorgdheid over de ziekte	60	96,8	27	45,0	48	80,0	23	38,3
Relaties met de kinderen	61	98,4	34	55,7	46	76,7	11	18,0
Problemen op het werk	45	72,6	33	73,3	25	55,6	9	20,0
Moeilijkheden in partnerrelatie								
Communicatie met de partner	62	100,0	25	40,3	51	82,3	24	38,7
Fysiek contact met de partner	44	71,0	24	54,5	35	79,5	11	25,0
Het goed met de partner kunnen vinden	56	90,3	31	55,4	43	76,8	16	29,1
Overbescherming van de partner	55	88,7	35	63,6	35	63,6	7	12,7
Gebrek aan aandacht van de partner	57	91,9	32	56,1	39	68,4	10	17,5
Moeilijkheden op seksueel gebied								
Seksuele belangstelling	49	79,0	25	51,0	33	67,3	15	30,6
Seksueel functioneren	39	62,9	20	51,3	33	84,6	8	21,1
Andere moeilijkheden								
Pijn tijdens de diagnostische procedures	33	53,2	28	84,8	10	30,3	1	3,0
Gewichtstoename	15	24,2	11	73,3	7	46,7	4	26,7
Diarree/Enuresis	17	27,4	12	70,6	9	52,9	1	5,9
Moeilijkheden betreffende de chemotherapie	56	90,3	28	50,0	49	87,5	11	19,6
Moeilijkheden betreffende de radiotherapie	48	77,4	33	68,8	32	66,7	8	16,7
Moeilijkheden met de stoma	15	24,2	10	66,7	7	46,7	3	21,4
Moeilijkheden met de prothese	24	38,7	18	75,0	14	58,3	7	29,2
Therapietrouw	35	56,5	24	68,6	26	74,3	9	25,7
Vervoer	13	21,0	11	84,6	4	30,8	1	7,7
Economische moeilijkheden	16	25,8	15	93,8	3	18,8	2	12,5
Aanwervingsmoeilijkheden	17	27,4	12	70,6	8	47,1	2	11,8
Potentiele partners ontmoeten	39	62,9	22	56,4	27	69,2	10	25,6

¹Aantal psychologen die elk duur van de psychosociale interventieswensen te verwezenlijken bij de zorgverlening van de verschillende moeilijkheden

²Aantal psychologen die een specifieke interventietechniek gebruiken bij de zorgverlening betreffende het tegengekomen probleem.

*Aangepast percentage in functie van eventuele ontbrekende gegevens.

Besluit

Dit is de eerste studie die op nationaal vlak werd gehouden in België met als doelstelling de organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten te bestuderen. Dit hoofdstuk heeft als dubbele doelstelling de sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van de psychologen die werken aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten te omschrijven en de algemene organisatie van het werk in dit kader te omschrijven.

Het is allereerst belangrijk te onderlijnen dat een groot aantal ziekenhuisinstellingen en verenigingen werden gecontacteerd. Het blijkt uit dit contact dat veel psychologen (ongeveer één vierde van de psychologen die werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie) minder dan 10 uur per week besteedt aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten. Onze studie weerspiegelt een belangrijk maar niet exhaustief deel van de psychosociale ondersteuning die wordt geboden aan de patiënten met kanker en hun naasten in de oncologie.

Wat betreft de sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van de psychologen, noteren wij dat een meerderheid van de psychologen die hulp verlenen aan patiënten met kanker en hun naasten, vrouwen zijn. Deze begeleiding wordt verwezenlijkt door psychologen die gemiddeld 10 jaar professionele ervaring hebben en 7 jaar specifieke ervaring in de oncologie. Dit weerspiegelt het feit dat de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten een recente zorg is die resulteert uit de vooruitgang van de medische ontdekkingen in het domein van de behandelingen tegen kanker, waardoor de levens-aanpak van de patiënten meer en meer verlengd kan worden. Inderdaad, deze evolutie laat toe de zorgen niet enkel op de levenskwaliteit toe te spitsen maar ook op de levenskwaliteit van patiënten met kanker en hun familie.

Onze studie toont aan dat de patiënten met kanker aan wie de psychologen hulp verlenen geconfronteerd worden met een veeltalig aantal multipole moeilijkheden. In de loop van de voor maand voor de evaluatie hebben plaatsgevonden, zijn zij vaak geconfronteerd geweest met fysieke moeilijkheden, met psychosociale moeilijkheden, met moeilijkheden in de partnerrelatie, moeilijkheden op seksueel gebied en andere moeilijkheden verbonden aan de behandelingen en hun gevolgen.

Onze studie toont eveneens aan dat de psychologen vinden dat de begeleiding van deze moeilijkheden deel uitmaakt van hun taak en zij nemen die inderdaad op zich. Men moet toch onderlijnen dat een grote meerderheid van de psychologen beschouwen dat de begeleiding van de moeilijkheden verbonden aan de medische interacties, psychosociale moeilijkheden en moeilijkheden in de partnerrelatie deel uitmaken van hun taak en die inderdaad op zich neemt, een minder groot aantal psychologen beschouwt dat fysieke moeilijkheden en andere moeilijkheden verbonden aan de ziekte of haar behandelingen deel uitmaken van hun taak en nemen die effectief op zich. Desalniettemin, als een grote meerderheid van de psychologen beschouwt dat de begeleiding van seksuele moeilijkheden deel uitmaakt van hun taak, slechts een klein aantal zal deze moeilijkheden effectief op zich nemen.

Betreffende de interventies die worden verwezenlijkt in het kader van de hulpverlening aan patiënten met kanker, onderlijnen wij eerst en vooral het feit dat het type interventies, de interventiekaders, de theoretische modellen en de duur van de interventies weinig verbonden blijken te zijn met het type moeilijkheden dat de patiënten tegenkomen.

Het meest gebruikte interventietype, onafhankelijk van de aard van de moeilijkheid is de interventie van ondersteuning en raadgeving. Komen daarna de interventies van het type informatie, opvoeding en evaluatie. Het minst gebruikte interventietype is de

psychotherapie. Wij noteren dat in tegenstelling tot het ander type interventies, psychotherapie hoofdzakelijk gebruikt wordt voor de begeleiding van psychosociale, seksuele moeilijkheden en in de partnerrelatie. Dit kan namelijk logisch blijken door de perfecte aanpassing van de psychotherapeutische technieken aan dit type moeilijkheden eerder dan aan de fysieke moeilijkheden of andere moeilijkheden ondervonden t.o.v. de ziekte en haar behandelingen.

Het meest interventiekader dat het meest gebruikt wordt door de psychologen is het individuele kader. Dit wordt gevolgd door verbindingswerk (contact) en daarna door de interventies per koppel. De interventiekaders die het minst gebruikt worden, zijn de interventies in familieverband of groepsverband. Enkel de interventies per koppel schijnen meer gebruikt te worden voor seksuele moeilijkheden en moeilijkheden verbonden aan de partnerrelatie, dan voor andere moeilijkheden.

Zoals aangeduid, is het cognitief-gedragsmatige model het meest voorkomende theoretische model van psychologen die hulp verlenen aan patiënten met kanker. Deze wordt opgevolgd door het systemische en analytische model en op een meer sporadische wijze door andere theoretische modellen. Enkel het systemisch model schijnt meer gebruikt te worden voor de hulpverlening van seksuele moeilijkheden of verbonden aan de partnerrelatie, dan voor andere moeilijkheden.

Tot slot onderlijnen wij het feit dat de interventies verwezenlijkt door de psychologen hoofdzakelijk eenmalig of van korte duur (maximum 10 sessies), zonder verband met het type moeilijkheden dat de patiënten tegenkomen.

Onze studie laat toe te bestuderen in welke mate de interventies die de psychologen verwezenlijken, overeenkomen met de interventies die zij wensen te verwezenlijken. Het is hier belangrijk te onderlijnen dat de interventies die verwezenlijkt worden door de psychologen alsook de theoretische modellen die gebruikt worden, schijnen overeen te komen met de interventies die zij wensen te verwezenlijken en de theoretische modellen waar zij gebruik van zouden willen maken.

Betreffende de kaders en de duur van de interventies, merken wij dankzij onze studie verschillen op tussen de interventies die de psychologen verwezenlijken en deze die zij wensen te verwezenlijken. Inderdaad, op gebied van de interventiekaders, merken wij op dat de psychologen idealiter meer koppelinterventies of in familieverband hadden voorzien dan wat zij tegenwoordig effectief verwezenlijken. Zij wensen eveneens meer verbindingswerk te kunnen doen dan zij tegenwoordig doen. Op het gebied van de duur van de interventies, onderlijnen wij eveneens het feit dat in het kader van de begeleiding van psychosociale moeilijkheden, seksuele moeilijkheden of in de partnerrelatie, de psychologen wensen meer interventies van korte duur (3 tot 10 sessies) te kunnen verwezenlijken dan zij tegenwoordig doen.

Onze studie toont de verscheidenheid van interventies aan die worden verwezenlijkt in het kader van de hulpverlening aan patiënten met kanker. Ze benadrukt het overwicht van de behandeling op basis van het 'cognitief-gedragsmatig' model eerder dan van de andere theoretische referenten. Deze studie benadrukt tevens het overwicht van de individuele behandeling eerder dan van de behandeling van het koppel of de familie, en de wens van de psychologen deze types behandeling meer te laten ontwikkelen. De studie toont tevens de grenzen aan van de mogelijke interventies verbonden aan het kader van de interventies die aan psychologen vragen doeltreffende interventies te doen in een beperkt aantal sessies. Zij stelt eveneens de vraag naar het ontwerp van interventiemodellen die toelaten op een meer specifieke manier een antwoord te kunnen geven op elke specifieke moeilijkheid van de patiënten.

Bibliografie

- Bertman SL (1980) Lingering terminal illness and the family: insights from literature. *Family Process* 19: 341-48.
- Brenner H (2002) Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet* 360: 1131-5.
- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, *et al.* (2002) Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst* 94: 39-49.
- Giammona AJ and Malek DM (2002) The psychological effect of childhood cancer on families. *Pediatr Clin North Am* 49: 1063-81, x.
- Hicks MD and Lavender R (2001) Psychosocial practice trends in pediatric oncology. *J Pediatr Oncol Nurs* 18: 143-53.
- Kazak AE, Barakat LP, Meeske K, *et al.* (1997) Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *J Consult Clin Psychol* 65: 120-9.
- Lederberg MS (1998). The family of the cancer patient. *Psycho-Oncology*. JC Holland. New-York, Oxford University Press: 981-93.
- Lipowski ZJ (1971) Consultation-liaison psychiatry in general hospital. *Compr Psychiatry* 12: 461-5.
- Moorey S and S. G (1989) Psychological therapy for patients with cancer. A new approach. Heinemann Medical Books, Oxford.
- Newell SA, Sanson-Fisher RW and Savolainen NJ (2002) Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 94: 558-84.
- Northouse L, Templin T and Mood D (2001) Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *J Behav Med* 24: 115-36.
- Northouse LL (1994) Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *J Natl Cancer Inst Monogr* 183-90.
- Oppenheim D and Dauchy S (2004) [Psycho-oncology and the present tasks of psycho-oncologists]. *Bull Cancer* 91: 99-104.
- Razavi D and Delvaux N (1998) La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux. Masson - Collection Médecine et Psychothérapie, Paris.
- Schag CA, Ganz PA and Heinrich RL (1991) CAncer Rehabilitation Evaluation System--short form (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer* 68: 1406-13.
- Schag CA and Heinrich RL (1990) Development of a comprehensive quality of life measurement tool: CARES. *Oncology (Huntingt)* 4: 135-8;discussion 47.

Hoofdstuk 3 :

Evaluatie van de professionele levenskwaliteit van de psychosociale interveniënten in de oncologie

Inleiding

De behandeling van kankeraandoeningen is in de laatste 30 jaar erg vooruitgegaan waardoor de levensduur van de patiënten kan verlengd worden (Brenner, 2002). Bovendien is genezing vandaag steeds meer een mogelijkheid. Desalniettemin blijven kankeraandoeningen en hun behandelingen de oorzaak van een reeks cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties die zowel de patiënten aangaan als hun verwanten en naasten (Northouse, 1994; Kazak *en al.*, 1997; Lederberg, 1998; Northouse *en al.*, 2001; Giammona *en al.*, 2002). (Northouse, 1994; Kazak *et al.*, 1997; Lederberg, 1998; Northouse *et al.*, 2001; Giammona *et al.*, 2002). Deze reacties zijn beschouwd als crisissen die geassocieerd zijn met verschillende fasen van de ziekte; de eerste symptomen (Smith *et al.*, Arndt *et al.*, 2002), de diagnose (Faulkner *et al.*, 1996; Bonadona *et al.*, 2002; Schofield *et al.*, 2003), de behandelingen (Mc Corkle, 1998), de terugkeer thuis en remissie (Ganz *et al.*, 2002; Joly *et al.*, 2002), de terminale fase en overlijden (Bruera *et al.*, 1997).

De kanker en zijn gevolgen kunnen bovendien psychiatrische stoornissen met zich meebrengen, als een directe of indirect neveneffect van kanker en zijn behandelingen; en dit gedurende deze verschillende fasen van de ziekte. Tussen de meest voorkomende psychiatrische verwickelingen noteren wij; acute of chronische aanpassingstoornissen (Razavi *et al.*, 1994), depressie (Massie *et al.*, 1994), angst (Welch-Mc Caffrey *et al.*, 1989; Stark *et al.*, 2002), misselijkheid en braken (Lichter, 1996; Davis *et al.*, 2000), enkele seksuele stoornissen (Ofman *et al.*, 1992; Shell 2002), moeheid (Stone (2002), anorexia (Brown, 2002.; Inui 2002), cognitieve stoornissen (Meyers, 1999) en pijn (Cherny *et al.*, 1994). Kanker kan ook een reeds bestaande psychiatrische stoornis verergeren en uiteenlopende stoornissen als uni- en bipolaire aandoeningen, psychotische aandoeningen en verschillende verslavingen geneesmiddelen, alcohol, enz) in hun evolutie versnellen.

De zorgstaat heeft de praktische en emotionele uitwisselingen van hulp zeldzaam gemaakt en maakt het moeilijk aan vrienden hulp te vragen, hetgeen onvermijdelijk een belangrijke tijdinvestering vergt. De talrijke psychologische, sociale en psychiatrische gevolgen hebben daarom de nood aan het ontwikkelen van een multidisciplinaire oncologische zorgverlening voor de patiënten met kanker en hun naasten met zich meegebracht (Hicks *en al.*, 2001; Newell *en al.*, 2002). Deze multidisciplinariteit biedt vaak een antwoord op de door de patiënten geuite behoeften aan een zo globaal mogelijke benadering, om hen de mogelijkheid te geven hun psychische en fysieke integriteit zo goed mogelijk te behouden, om de omkeerbare moeilijkheden te herstellen en de onomkeerbare te compenseren (Lipowski, 1971; Moorey *et al.*, 1989).

Binnen deze multidisciplinariteit zijn de psychosociale ingrepen voor een meerderheid verwezenlijkt door professionelen van het gezondheidszorg (psychiaters en psychologen) De praktijk in de oncologie onderwerpt niettemin deze interveniënten aan verschillende stressfactoren. Deze factoren zijn eigen aan de kankerziekte zelf (hoge sterftcijfer, onrecht en partieel begrip), aan zijn behandelingen (confrontatie met de primaire en secundaire gevolgen, nood aan pluridisciplinair werk), aan de reacties van de patiënten en van hun naasten (hoog niveau van emotionele nood en daarbijhorend gedrag, communicatiemoeilijkheden) (Delvaux *en al.* 1988 ; Kash *en al.* 2000). Bovendien vertoeven psychologen in ziekenhuisinstellingen in een specifieke emotionele omgeving. Dit emotioneel werk kan de professionele aanpassing van de psychologen benadelen en een emotionele uitputting veroorzaken (Ashforth *en al.*, 1995).

Verschillende onderzoeken tonen een hoog niveau van professionele uitputting bij de zorgverleners die in de oncologie tewerkgesteld zijn. 30 à 50% van de artsen en verpleegkundigen die in de oncologie werken tonen een hoog niveau emotionele uitputting aan (Whippen *en al.*, 1991; Catalan *en al.*, 1996; Ramirez *en al.*, 1996; Lopez-Castillo *en al.*, 1999; Grunfeld *en al.*, 2000; Barrett *en al.*, 2002). Deze emotionele uitputting kan

negatieve gevolgen hebben zowel op de professionele levenskwaliteit van de zorgverleners als op de kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënten.

Geen enkele studie heeft zich tot nu toe gewijd aan het specifiek beschrijven van de professionele levenskwaliteit van de psychologen in de oncologie.

Doelstellingen

Het project heeft als algemene doelstellingen een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie te doen van de behoeften van patiënten met kanker en hun naasten, namelijk de psychosociale interventies die hen zijn voorgesteld en de psychosociale behoeften van de interveniënten die deze interventies verzekeren.

In het kader van dit project, tracht de derde operationele doelstelling de verschillende taken die worden toegewezen aan de psychosociale interveniënten kwantitatief te identificeren: deze die zij effectief verwezenlijken alsook deze die zij idealiter hadden voorzien. Deze doelstelling richt zich eveneens op de identificatie van de strategieën voor psychosociale ondersteuning gebruikt door de interveniënten, evenals de strategieën die ze zouden willen toepassen. Tenslotte richt deze doelstelling zich ook op de evaluatie van de bronnen van professionele stress, het niveau van professionele uitputting, en de nood aan psychosociale ondersteuning bij de psychosociale interveniënten.

De vierde operationele doelstelling tracht kwalitatief de vraag en het aanbod van psychosociale steun in de klinische gesprekken, met psychosociale interveniënten, met patiënten met kanker en met hun naasten, te bestuderen. Aangezien een grote meerderheid van de psychologen hun deelname aan deze doelstelling hebben geweigerd, werd de derde doelstelling aangepast om zowel een kwantitatieve als kwalitatieve evaluatie toe te laten van de psychosociale ondersteuning aangeboden aan patiënten met kanker en hun naasten in België.

De derde doelstelling kan dus opgesplitst worden in drie algemene doelstellingen die het onderwerp zijn van de drie volgende hoofdstukken:

- De evaluatie en organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie ;
- Evaluatie van de interventies voor psychosociale ondersteuning verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie ;
- Evaluatie van de professionele levenskwaliteit van de psychosociale interveniënten in de oncologie.

Het derde hoofdstuk zal gewijd zijn aan het derde onder hen en zal zich toespitsen op:

- De evaluatie van de bronnen van professionele stress die de psychosociale interveniënten in de oncologie ondervinden.;
- De evaluatie van de professionele stress beleefd door de psychosociale interveniënten in de oncologie.;
- Evaluatie van de professionele uitputting van de psychosociale interveniënten in de oncologie;
- De evaluatie van de bronnen van psychosociale ondersteuning waarvan de psychosociale interveniënten in de oncologie genieten;
- De evaluatie van de behoeften aan psychosociale ondersteuning bij de interveniënten in de oncologie.

Methodologie

Aanwerving van de proefpersonen

Ziekenhuisinstellingen die patiënten met kanker behandelen werden voor de helft gerekruteerd in het Vlaamse Gewest en voor de andere helft in het Waalse Gewest. Er werden eveneens twee patiëntenverenigingen gekozen in elk gewest. Alle psychologen uit de deelnemende ziekenhuisinstellingen en patiëntenverenigingen die tenminste 10 uur per week besteden aan de hulpverlening van patiënten met kanker of hun naasten, werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie.

Keuze van de proefpersonen

Inclusiecriteria voor de psychosociale interveniënten :

- psycholoog zijn;
- tenminste 10 uur per week besteden aan de begeleiding van patiënten met kanker of hun naasten;
- voldoende kennis hebben van het Nederlands of van het Frans om deel te nemen aan de studie;
- bereid zijn om deel te nemen aan de evaluaties die in de studie voorzien zijn en een informed consentformulier hebben ondertekend.

Exclusiecriteria voor de psychosociale interveniënten :

- uitsluitend in de afdeling voor palliatieve zorgen of uitsluitend in de palliatieve instellingen tewerkgesteld zijn;
- uitsluitend in pediatrie tewerkgesteld zijn.

Type studie

Deze studie is descriptief, multi-centrisch , nationaal.

Duur van de studie

De inzameling van de gegevens werd verspreid over een periode van 6 maanden gaande van april 2004 tot en met september 2004.

Inzameling van de gegevens

De evaluatie van de proefpersonen gebeurde individueel.

Een telefonisch contact werd genomen met het geheel van de personen om hun inclusiecriteria na te gaan en om hen uit te nodigen deel te nemen aan de studie.

De verschillende zelfevaluatie-vragenlijsten (gestandaardiseerd en gevalideerd) werden per post verstuurd naar de personen die hadden toegestemd om deel te nemen aan de studie. Een voorgezegelde briefomslag begeleidde deze post, om de vragenlijsten ingevuld terug op te sturen. Een telefoonnummer werd ter beschikking gesteld van de deelnemers opdat zij

alle vragen konden stellen in verband met de inhoud van de vragenlijsten of over de studie in het algemeen. Met elk interveniënt die zijn/haar vragenlijst na twee weken niet had teruggestuurd, werd telefonisch contact genomen. De ontbrekende gegevens van de verschillende zelf-evaluatieschalen werden vervolledigd tijdens een laatste telefonisch contact.

Evaluatie instrumenten

- Specifieke sociodemografische en socioprofessionele vragenlijst voor de psychologen die interventies uitvoeren in de oncologie (leeftijd, geslacht, moedertaal, meest gesproken taal, opleiding, diploma's, aantal jaren algemene klinische praktijk in de oncologie, plaats van praktijk, huidige werkplaats);
- Specifieke vragenlijst die de frequentie van de door de psychologen waargenomen gebreken in de instellingen waar zij tewerkgesteld zijn, tracht achter te halen, en dit in de loop van hun laatste maand praktijk (gebrek aan psychosociale interveniënten, communicatie tussen de psychologen, communicatie binnen de verzorgende teams, communicatie tussen de medische en paramedische teams en de psychologen, pluridisciplinair werk, ondersteuningsgroepen bestemd voor de zorgverleners, supervisies, vergaderingen bestemd voor gevalbesprekingen, opleiding georganiseerd door de instelling, externe banden bestemd voor de begeleiding van de patiënt, lokalen bestemd voor de psychologen, materieel, functioneelbudget of niet). Deze vragenlijst is samengesteld uit 14 items die de gebreken evalueert op een Likertschaal van 5 punten gaande van « 0=nooit » tot « 4= elke dag »;
- Franstalige en Nederlandstalige vertaling van de vragenlijst Mental Health Professional Stress Scale (Cushway *en al.*1996). Deze schaal scoort 42 items op een Likertschaal van 4 punten (gaande van « 0= niet van toepassing op mij » tot « 3= van toepassing op mij) die onderzoekt in welke mate de bronnen van spanning op het werk wel of niet van toepassing zijn bij de interveniënt. Deze schaal evalueert lage, gemiddelde en hoge stressniveaus gepaard met een te grote werklast, met relaties met de patiënten, met structuur en organisatie, met relaties en conflicten met de collega's, met menselijke middelen, met financiële en materiële middelen, met persoonlijke onzekerheid, met het verband tussen privéleven en professioneel leven;
- Franstalige en Nederlandstalige vertaling van de vragenlijst *Job Stress Survey* (Spielberger, 1994) ; De Job Stress Survey is een schaal van 30 items die de waargenomen intensiteit en de frequentie van het verschijnen van werkomstandigheden die het psychologisch welzijn negatief zouden kunnen beïnvloeden, scoort. De items omschrijven vaak voorkomende stressbronnen gewoonlijk tegengekomen in verscheidene, geselecteerde, professionele sectoren om een generieke maat voor de stressbeleving op het werk te leveren, in termen van frequentie (lage, gemiddelde of hoge stress), intensiteit (lage, gemiddelde of hoge stress) en index (lage, gemiddelde of hoge stress) van de stressbronnen op het werk;
- Franstalige en Nederlandstalige vertaling van de Maslach Burnout Inventory (Maslach *en al.* 1982). Deze vragenlijst is samengesteld uit 22 items van het Likerttype van 7 punten gaande van « nooit » tot « dagelijks ». Ze evalueert drie dimensies van het burnoutsyndroom : ; emotionele uitputting (de indruk overweldigd te zijn op emotioneel gebied en uitputting) (9 items), depersonalisatie (een onmenselijke en onpersoonlijke wijze van antwoorden tegenover de patiënten) (5 items) en persoonlijke verwezenlijking (perceptie van bekwaamheid en goede afloop in het werk met de patiënten (8 items). Deze vragenlijst laat toe de deelnemer te classificeren voor ieder van deze dimensies op een laag, gematigd of hoog niveau van burnout.

- Specifieke vragenlijst die de verschillende kenmerken onderzoekt van de ondersteuningsmogelijkheden en opleidingen waarvan de psychosociale interveniënten genieten in hun instellingen (inhoud van de ondersteuningssessies, deelnemers aan deze sessies, begeleiders van deze sessies, plaats van het organiseren van deze sessies en frequentie). Daarna werd gepeild naar de tevredenheid van de interveniënten betreffende deze ondersteuningssessies.
- Specifieke vragenlijst die de verschillende kenmerken onderzoekt van de ondersteuningsmogelijkheden waarvan de psychosociale interveniënten zouden willen genieten in hun instellingen (inhoud van de ondersteuningssessies, deelnemers aan deze sessies, begeleiders van deze sessies, plaats van het organiseren van deze sessies en frequentie).

Statistische onderzoeken

De onderzoeken van de frequenties of gemiddelden werden verwezenlijkt om de bronnen van professionele stress die de psychologen die interventies uitvoeren in de oncologie tegenkomen te beschrijven, alsook de professionele stress die zij beleven, hun niveau van professionele uitputting, hun bronnen en hun behoefte aan psychosociale ondersteuning.

Résultaten

Aanwerving van de proefpersonen

De psychologen werden aangeworven in 42 ziekenhuisinstellingen en 11 Franstalige patiëntenverenigingen en in 48 ziekenhuisinstellingen en 5 Nederlandstalige patiëntenverenigingen.

Honderdzevenenvijftig psychologen werden gecontacteerd : 96 Franstalige psychologen en 61 Nederlandstalige psychologen. Onder hen voldeden tweeënzeventig psychologen niet aan de inclusiecriteria om de volgende redenen (een psycholoog kon voor verschillende redenen niet voldoen aan de inclusiecriteria):

- 38 psychologen besteden minder dan 10 uur per week aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten;
- 6 psychologen hebben in de voorbije maand niet gewerkt;
- 15 psychologen werken uitsluitend in palliatieve zorgen of hospitalisatieafdelingen;
- 16 psychologen werken uitsluitend in de pediatrie.

Vijfentachtig psychologen voldeden aan de inclusiecriteria. Zestien psychologen hebben geweigerd om deel te nemen aan de studie. De redenen van hun weigering zijn de volgende (de psycholoog mocht weigeren om verschillende redenen):

- 6 psychologen vonden dat de afname van de vragenlijst te lang zou duren;
- 2 psychologen ervaren de vragenlijst als een inbreuk op hun privé-leven;
- 1 psycholoog weigerde deel te nemen aan een studie;
- 12 psychologen hebben om andere redenen geweigerd (zwangerschapverlof, beschouwen niet genoeg tijd te hebben om de vragenlijst in te vullen voor het einde van de studie, enz.).

Negenenzestig psychologen hebben toegestemd om deel te nemen aan de studie. Onder hen hebben 4 psychologen besloten hun deelname te stoppen, drie vragenlijsten zijn verloren gegaan bij de post. Tweeënzeventig psychologen zijn dus evalueerbaar. Onder hen zijn 39 (63%) Franstalig en 23 (37%) Nederlandstalig.

Sociodemografische en socioprofessionele kenmerken

Zoals aangeduid in tabel 1 zijn 90% van de psychologen van het vrouwelijk geslacht. Zij hebben gemiddeld 10 jaar ervaring (s-a=8,5) waarvan gemiddeld 7 jaar praktijk in de oncologie (s-a=5,6) en 5 jaar in de instelling waar zij tegenwoordig tewerkgesteld zijn (s-a=4,5). Zevenennegentig percent onder hen werkt tegenwoordig in een ziekenhuisinstelling. Wij merken op dat veel psychologen een praktijk in een ziekenhuisinstelling cumuleren met een praktijk in een vereniging en/ of met een privé-praktijk.

Tabel 1 : Sociodemografische en socioprofessionele kenmerken van psychologen die zorg verlenen aan kankerpatiënten.

	Franstalige psychologen (n=39)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=62)	
	n	%	n	%	n	%
Leeftijd						
Gemiddelde	36		35		36	
Standaardafwijking	8,8		9,8		9,1	
Geslacht						
Mannelijk	5	12,8	1	4,3	6	9,7
Vrouwelijk	34	87,2	22	95,7	56	90,3
Moedertaal						
Frans	38	97,4	-	-	38	61,3
Nederlands	-	-	23	100,0	23	37,1
Duits	-	-	-	-	-	-
Andere	1	2,6	-	-	1	1,6
Dagelijks gesproken taal						
Frans	16	41,0	-	-	16	25,8
Nederlands	1	2,6	22	95,7	23	37,1
Duits	-	-	-	-	-	-
Andere	2	5,1	1	4,3	3	4,8
Diploma						
Gegradueerd in psychologie	3	7,7	2	8,7	5	8,1
Licentiaat in psychologie	38	97,4	23	100,0	61	98,4
Dokter in psychologie	1	2,6	-	-	1	1,6
Andere	13	33,3	4	17,4	17	27,4
Jaren van professionele praktijk						
Gemiddelde	10,1		10,8		10,4	
Standaard deviatie	8,4		8,7		8,5	
Jaren van oncologische praktijk						
Gemiddelde	7,0		6,0		6,6	
Standaardafwijking	5,9		5,1		5,6	
Actuele plaats van praktijk						
Ziekenhuis	37	94,9	23	100,0	60	96,8
Vereniging	7	17,9	2	8,7	9	14,5
Privaat consultatie bureel	8	20,5	6	26,1	14	22,6
Bij de patiënt thuis	4	10,3	-	-	4	6,5
Jaren van oncologische praktijk in de ziekenhuisinstelling						
Gemiddelde	5,4		5,3		5,4	
Standaardafwijking	4,1		5,1		4,5	
Jaren van oncologische praktijk in de vereniging						
Gemiddelde	7,9		7,0		7,6	
Standaardafwijking	7,7		2,8		6,4	

* Meerdere antwoorden mogelijk

Evaluatie van de stressbronnen van de psychologen in de oncologie

Tabel 2 herneemt de door de psychologen die hulp verlenen aan patiënten met kanker en aan hun naasten waargenomen gebreken, tenminste een maar keer per week, tijdens de voorbije maand. Zoals aangeduid is het gebrek aan lokalen bestemd voor de psychologen het meest voorkomend gebrek. Volgen daarna het gebrek aan vergaderingen gewijd aan gevalbesprekingen, gebrek aan ondersteuningsgroepen bestemd voor de interveniënten, gebrek aan pluridisciplinair werk, gebrek aan psychosociale zorgverstrekkers en gebrek aan communicatie in de verzorgingsteam.

Tabel 2. Gebreken die tenminste een paar keer werden waargenomen door de psychologen in de loop van de voorbije maand betreffende hun hulpverlening aan kankerpatiënten en hun naasten in een ziekenhuisinstelling tijdens de voorbije maand

	Franstalige psychologen (n=37)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
Psychosociale zorgverstrekkers	13	35,1	6	26,1	19	31,7
Communicatie tussen de psychologen	8	21,6	-	-	8	13,6 *
Communicatie in de verzorgingsteams	12	32,4	5	22,7 *	17	28,8 *
Communicatie tussen de medische of paramedische teams en de psychologen	10	27,0	6	26,1	16	26,7
Pluridisciplinair werk	14	37,8	6	26,1	20	33,3
Ondersteuningsgroepen bestemd voor zorgverstrekkers	19	51,4	2	9,1 *	21	35,6 *
Supervisies	12	32,4	1	4,5 *	13	22,0 *
Vergaderingen gewijd aan gevalbesprekingen	17	45,9	5	22,7 *	22	37,3 *
Opleidingen georganiseerd door de instelling	13	35,1	1	4,5 *	14	23,7 *
Buitenrelais voor de follow-up van de patiënten	7	18,9	2	9,1 *	9	15,3 *
Lokalen bestemd voor de psychologen	21	56,8	7	30,4	28	46,7
Materiaal	7	18,9	1	4,5 *	8	13,6 *
Werkingsbudget	13	35,1	3	13,0	16	26,7
Andere	2	5,7 *	1	4,5 *	3	5,3 *

* Percentage aangepast in functie van de ontbrekende waarden

Tabel 3 herneemt de gebreken die door de psychologen werden waargenomen in hun hulpverlening aan patiënten met kanker en hun naasten in verenigingen in de loop van de voorbije maand.

Tabel 3. Gebreken die door de psychologen minstens een paar keer per week werden waargenomen in hun hulpverlening aan kankerpatiënten en hun naasten in verenigingen tijdens de voorbije maand (n=6)

	n	%
Psychosociale zorgverstrekkers	-	-
Communicatie tussen de psychologen	-	-
Communicatie in de verzorgingsteams	-	-
Communicatie tussen de medische of paramedische teams en de psychologen	1	16,7
Pluridisciplinair werk	-	-
Ondersteuningsgroepen bestemd voor zorgverstrekkers	1	16,7
Supervisies	1	16,7
Vergaderingen gewijd aan gevalbesprekingen	-	-
Opleidingen georganiseerd door de instelling	1	16,7
Buitenrelais voor de follow-up van de patiënten	-	-
Lokalen bestemd voor de psychologen	1	16,7
Materiaal	1	16,7
Werkingsbudget	1	16,7
Andere	-	-

Evaluatie van de professionele stress van de psychologen in de oncologie

Tabel 4 herneemt de algemene stressniveaus van de psychologen in hun hulpverlening aan patiënten met kanker en hun naasten. Deze toont aan dat 60% van de Franstalige en Nederlandstalige psychologen toegeven dat zij vaak stresserende situaties tegenkomen. Als geen enkel verschil wordt opgemerkt tussen de Franstalige en Nederlandstalige

psychologen betreffende de frequentie van de stresssituatie, toch bestaat er een verschil op gebied van de intensiteit van de stresssituatie in beide gewesten. Zesenvijftig percent van de franstalige psychologen geven een hoog intensiteit van stress aan, tegen 30% nederlandstalige psychologen.

Tabel 4. Algemeen professioneel stressniveau van de psychologen in hun hulpverlening aan kankerpatiënten en hun naasten geëvalueerd door de *Job Stress Survey* (Spielberger 1996)

	Franstalige psychologen (n=39)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=62)	
	n	%	n	%	n	%
Frequentie van de stresssituaties						
Laag	13	33,3	6	26,1	19	30,6
Gemiddeld	3	7,7	2	8,7	5	8,1
Hoog	23	59,0	15	65,2	38	61,3
Intensiteit van de stresssituaties*						
Laag	10	25,6	14	60,9	24	39,3
Gemiddeld	7	17,9	2	8,7	9	14,5
Hoog	22	56,4	7	30,4	29	46,8
Index van de stresssituaties (Frequentie X Intensiteit)*						
Laag	13	33,3	15	65,2	28	45,2
Gemiddeld	1	2,6	2	8,7	3	5,0
Hoog	25	64,1	6	26,1	31	50,0

* Het aantal psychologen die een intensiteit en een stressindex uiten is significant verschillend tussen de psychologen van het Franstalig en Nederlandstalig gewest (Chi kwadraat toets $P < 0,05$)

Tabel 5 herneemt de stressniveaus die verbonden zijn aan de gezondheidszorgen waargenomen door de psychologen bij hun zorgverlening aan patiënten met kanker en hun naasten in een ziekenhuisinstelling. Zoals aangeduid is voor de psychologen de overdreven werklast de grootste stressfactor verbonden aan de gezondheidszorgen. Daarna, in mindere mate, de moeilijkheden verbonden aan de relaties met de patiënt, de middelen (menselijke, financiële en materiële middelen) en de relaties tussen privéleven en beroepshalve. Wij noteren op dit gebied een significant verschil tussen de Franstalige en Nederlandstalige psychologen; de Franstalige psychologen geven significant meer moeilijkheden aan in hun relaties met de patiënten.

Tabel 5. De door de psychologen ondervonden stressniveaus verbonden aan de hulpverlening aan kankerpatiënten en hun naasten in een ziekenhuisinstelling geëvalueerd aan de hand van de *Mental Health Professional Stress Scale* (Cushway et al. 1996)

	Franstalige psychologen (n=39)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=62)	
	n	%	n	%	n	%
Overdreven werklust						
Laag	10	25,6	6	26,1	16	25,8
Gemiddeld	11	28,2	9	39,1	20	32,3
Hoog	18	46,2	8	34,8	26	41,9
Relaties met patiënten*						
Laag	14	35,9	18	78,3	32	51,6
Gemiddeld	25	64,1	5	21,7	30	48,4
Hoog	-	-	-	-	-	-
Structuur - en werkingsorganisatie						
Laag	14	35,9	11	47,8	25	40,3
Gemiddeld	17	43,6	8	34,8	25	40,3
Hoog	8	20,5	4	17,4	12	19,4
Relaties en conflicten met collega's						
Laag	17	43,6	14	60,9	31	50,0
Gemiddeld	16	41,0	8	34,8	24	38,7
Hoog	6	15,4	1	4,3	7	11,3
Menselijke, financiële en materiële middelen						
Laag	16	41,0	14	60,9	30	48,4
Gemiddeld	20	51,3	8	34,8	28	45,2
Hoog	3	7,7	1	4,3	4	6,5
Persoonlijke onzekerheden						
Laag	19	48,7	14	60,9	33	53,2
Gemiddeld	17	43,6	8	34,8	25	40,3
Hoog	3	7,7	1	4,3	4	6,5
Relaties privéfeer/ beroepshalve						
Laag	20	51,3	13	56,5	33	53,2
Gemiddeld	18	46,2	10	43,5	28	45,2
Hoog	1	2,6	-	-	1	1,6

* Het aantal psychologen die moeilijkheden aangeven in hun relaties met de patiënten is significant verschillend tussen de nederlandstalige en franstalige psychologen (Chi-kwadraat toets $P < 0,05$)

Tabel 6 herneemt de niveaus van professionele uitputting (*burnout*) van de psychologen bij hun zorgverstrekking aan patiënten met kanker en hun naasten. Er bestaat geen significant verschil op dit niveau tussen de Franstalige en Nederlandstalige psychologen. Zoals aangeduid in het tabel, tonen 10% van de psychologen een hoog niveau van emotionele uitputting aan en 20% een laag niveau van persoonlijke verwezenlijking in hun werk. Desalniettemin, 32% van de psychologen tonen een gemiddeld niveau van emotionele uitputting aan, 22% onder hen een gemiddeld niveau van depersonalisatie en 32% een gemiddeld niveau van persoonlijke verwezenlijking

Tabel 6. Professionele uitputting (burnout) van de psychologen bij hun zorgverstrekking aan kankerpatiënten en hun naasten geëvalueerd door de *Maslach Burnout Inventory* (Maslach *et al.*, 1982)

	Franstalige psychologen (n=39)		Nederlandstalige psychologen (n=23)		Totaal (n=62)	
	n	%	n	%	n	%
Emotionele uitputting						
Laag	18	46,2	17	73,9	35	56,5
Gemiddeld	15	38,5	5	21,7	20	32,3
Hoog	6	15,4	1	4,3	7	11,3
Depersonalisatie						
Laag	28	71,8	20	87,0	48	77,4
Gemiddeld	11	28,2	3	13,0	14	22,6
Hoog	-	-	-	-	-	-
Gebrek aan persoonlijke verwezenlijking						
Laag	8	20,5	4	17,4	12	19,4
Gemiddeld	11	28,2	9	39,1	20	32,3
Hoog	20	51,3	10	43,5	30	48,4

Evaluatie van de bronnen van psychosociale ondersteuning waarvan de psychologen genieten in de oncologie

Tabel 7 herneemt de ondersteuning gekregen door de psychologen die hulp verlenen aan patiënten met kanker en hun naasten in een ziekenhuisinstelling. Zoals aangeduid in het tabel kunnen zesentwintig psychologen (42%) die werken in een ziekenhuisinstelling, genieten van een psychosociale ondersteuning in de instelling waar zij tewerkgesteld zijn. De ondersteuningssessies betreffen het vaakst moeilijke klinische omstandigheden en in mindere mate institutionele en emotionele problemen die zij tegenkomen. De personen die deelnemen aan deze ondersteuningssessies zijn hoofdzakelijk leden van de dienst en/of andere psychologen uit de instelling die met patiënten met kanker werken.

Tabel 7. Ondersteuning gekregen door de psychologen die hulp verlenen aan kankerpatiënten en hun naasten in een ziekenhuisinstelling

	Franstalige psychologen (n=14)		Nederlandstalige psychologen (n=12)		Totaal (n=26)	
	n	%	n	%	n	%
Inhoud van de ondersteuningssessies¹						
Emotionele problemen	6	42,9	7	63,6 *	13	52,0 *
Moeilijke klinische omstandigheden	12	85,7	11	100,0 *	23	92,0 *
Institutionele problemen	8	57,1	7	63,6 *	15	60,0 *
Deelnemers aan de ondersteuningssessies¹						
Alle leden van de dienst	7	50,0	6	54,5 *	13	52,0 *
Alle psychologen van de ziekenhuisinstelling	1	7,1	2	18,2 *	3	12,0 *
Alle psychologen van de ziekenhuisinstelling die met kankerpatiënten werken	7	50,0	3	27,3 *	10	40,0 *
Psychologen uit andere ziekenhuisinstellingen	1	7,1	1	9,1 *	2	8,0 *
Psychologen uit andere ziekenhuisinstellingen die met kankerpatiënten werken	1	7,1	3	27,3 *	4	16,0 *
Enkel één psycholo(o)ge	1	7,1	2	18,2 *	3	12,0 *
Leiding van de ondersteuningssessies door¹						
Eén of meer personeelsleden van de ziekenhuisinstelling	9	64,3	5	45,5 *	14	56,0 *
Eén of meer personen van buiten het ziekenhuis, betaald door het ziekenhuis	4	28,6	3	27,3 *	7	28,0 *
Eén of meer personen buiten de ziekenhuisinstelling, betaald door de psycholo(o)ge	1	7,1	1	9,1 *	2	8,0 *
Andere	1	7,1	2	18,2 *	3	12,5 *
Plaats van de ondersteuningssessies¹						
Op de verbonden afdeling	7	50,0	5	45,5 *	12	48,0 *
Elders in de ziekenhuisinstelling	7	50,0	4	36,4 *	11	44,0 *
Buiten ziekenhuisinstelling	-	-	2	18,2 *	2	8,0 *
Frequentie van de ondersteuningssessies¹						
Nu en dan	-	-	-	-	-	-
Eén sessie per week	8	57,1	1	9,1 *	9	36,0 *
Eén sessie per maand	2	14,3	3	27,3 *	5	20,0 *
Eén sessie om de drie maanden	1	7,1	7	63,6 *	8	32,0 *
Eén sessie om de zes maanden	3	21,4	-	- *	3	12,0 *
Opleidingen en conferenties in de ziekenhuisinstelling						
Regelmatig	2	14,3	2	16,7	4	15,4
Af en toe	7	50,0	4	33,3	11	42,3
Geen	5	35,7	6	50,0	11	42,3
Perceptie van de verkregen ondersteuning						
Bevredigend	11	78,6	10	90,9 *	21	84,0 *
Onbevredigend	3	21,4	1	9,1 *	4	16,0 *

*Aangepast in functie van de ontbrekende waarden

¹Meerdere antwoorden mogelijk

Geen enkele psycholoog die enkel in verenigingen werkt kan van psychosociale ondersteuning in zijn/haar vereniging genieten.

Evaluatie van de wens van de psychologen voor psychosociale ondersteuning

Tabel 8 herneemt de behoeften van de psychologen die hulp verlenen aan patiënten met kanker en hun naasten in een ziekenhuisinstelling. Zoals aangeduid in het tabel, wensen vierenvijftig psychologen (87%) te kunnen genieten van psychosociale ondersteuning in de instelling waar zij tewerkgesteld zijn. De meest voorkomende problemen die de psychologen aangeven zijn de moeilijke klinische omstandigheden en in mindere mate de

institutionele problemen en de emotionele problemen. Een grote meerderheid van de psychologen wenst dat de personen die deelnemen aan de ondersteuningssessies psychologen zijn die werken met patiënten met kanker in hun instelling of psychologen die uit andere ziekenhuisinstellingen afkomstig zijn. Een grote meerderheid van de psychologen wenst dat de personen die deze ondersteuningssessies leiden psychologen zijn uit een andere instelling en door hen betaald worden.

Tabel 8. Ondersteuning gekregen door de psychologen die zorgen verstrekken aan kankerpatiënten en hun naasten

	Franstalige psychologen (n=39)		Nederlandstalige psychologen(n=23)		Totaal (n=62)	
	n	%	n	%	n	%
Inhoud van de ondersteuningssessies						
Emotionele problemen	32	84,2 *	14	60,9	46	75,4 *
Moeilijke klinische omstandigheden	37	97,4 *	23	100,0	60	98,4 *
Institutionele problemen	30	78,9 *	19	82,6	49	80,3 *
Deelnemers aan de ondersteuningssessies						
Alle leden van de dienst	23	60,5 *	13	56,5	36	59,0 *
Alle psychologen van de ziekenhuisinstelling	3	7,9 *	6	26,1	9	14,8 *
Alle psychologen van de ziekenhuisinstelling die met kankerpatiënten werken	35	92,1 *	21	91,3	56	91,8 *
Psychologen uit andere ziekenhuisinstellingen	5	13,2 *	4	17,4	9	14,8 *
Psychologen uit andere ziekenhuisinstellingen die met kankerpatiënten werken	26	68,4 *	22	95,7	48	78,7 *
Een enkele psycholo(o)ge	8	21,1 *	8	34,8	13	21,3 *
Leiding van de ondersteuningssessies door						
Eén of meer personeelsleden van de ziekenhuisinstelling	4	10,5 *	6	26,1	10	16,4 *
Eén of meerdere personen buiten het ziekenhuis, betaald door het ziekenhuis	35	92,1 *	22	95,7	57	93,4 *
Een of meerdere personen buiten de ziekenhuisinstelling, betaald door de psycholo(o)ge	6	15,8 *	3	13,0	9	14,8 *
Andere	3	8,1 *	-	-	3	5,0 *
Plaats van de ondersteuningssessies						
Op de verbonden afdeling	8	21,1 *	7	30,4	15	24,2 *
Elders in de ziekenhuisinstelling	18	47,4 *	10	43,5	28	45,2 *
Buiten de ziekenhuisinstelling	12	31,6 *	6	26,1	18	29,0 *
Frequentie van de ondersteuningssessies						
Nu en dan	2	5,7 *	1	4,5 *	3	5,3 *
Eén sessie per week	8	22,9 *	-	- *	8	14,0 *
Eén sessie per maand	21	60,0 *	10	45,5 *	31	54,4 *
Eén sessie om de drie maanden	4	11,4 *	11	50,0 *	15	26,3 *
Eén sessie om de zes maanden	-	-	-	-	-	-

*Aangepast in functie van de ontbrekende waarden

Aantal psychologen die wensen ondersteuning te krijgen in de instelling waar zij tewerkgesteld zijn

Meerdere antwoorden mogelijk

Significante verschil tussen de franstalige en nederlandstalige gewesten ($p < 0,05$)

Besluit

Dit is de eerste studie die op nationaal vlak werd gehouden in België met als doelstelling de organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten te bestuderen. De vier doelzichten van dit hoofdstuk houden in (1) de bronnen van professionele stress van de psychosociale interveniënten in de oncologie, (2) de professionele stress die de psychosociale interveniënten beleven in dit kader, (3) de bronnen van psychosociale ondersteuning waarvan de psychosociale interveniënten in de oncologie kunnen genieten (4) en de wens tot ondersteuning van de interveniënten, te beschrijven.

Het is allereerst belangrijk te onderlijnen dat een groot aantal ziekenhuisinstellingen en verenigingen werden gecontacteerd. Het blijkt uit dit contact dat veel psychologen (ongeveer één vierde van de psychologen die werden ugenodigd om deel te nemen aan de studie) minder dan 10 uur per week besteedt aan de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten.

Onze resultaten tonen aan dat een meerderheid van de psychologen die tenminste 10 uur per week besteedt aan patiënten met kanker of hun naasten, vrouwen zijn. Deze begeleiding wordt verwezenlijkt door psychologen die gemiddeld 10 jaar professionele ervaring hebben en 7 jaar specifieke ervaring in de oncologie. Dit weerspiegelt het feit dat de begeleiding van patiënten met kanker en hun naasten een recente bekommering is die resulteert uit de vooruitgang van de medische ontdekkingen in het domein van de behandelingen tegen kanker, waardoor de levens-aanpak van de patiënten meer en meer verlengd kan worden. Inderdaad, deze evolutie laat toe de zorgen niet enkel op de levenskwaliteit toe te spitsen maar ook op het levenskwaliteit van patiënten met kanker en hun familie.

De psychologen die werken in de oncologie in België zijn geconfronteerd met diverse tekortkomingen. De vastgestelde gebreken zijn materieel (gebrek aan lokalen), relationeel (gebrek aan communicatie in de teams), organisationeel (gebrek aan pluridisciplinair werk, gebrek aan psychosociale interveniënten) en psychologisch (gebrek aan ondersteuningsgroepen bestemd voor de zorgverstrekkers, gebrek aan vergaderingen gewijd aan gevalbesprekingen).

Deze diverse gebreken kunnen bronnen van stress betekenen voor de psychologen. Meer dan de helft van de psychologen die hulp verlenen aan patiënten met kanker komen vaak bronnen van stress tegen. De helft van de psychologen geeft eveneens aan geconfronteerd te zijn met stresssituaties van hoge intensiteit. Wij noteren dat in vergelijking met de nederlandstalige psychologen, de franstalige psychologen meer aangeven geconfronteerd te zijn met bronnen van stress van hoge intensiteit.

De bronnen van stress zijn veelvoudig en gevarieerd. Een meerderheid van de psychologen dient te kampen met een overdreven werklast. In mindere mate komen dan de moeilijkheden verbonden aan de relaties met de patiënt, de beschikbare middelen (menselijke, financiële of materiële) en de moeilijkheden verbonden aan de relaties tussen privésfeer en beroepshalve. Wij noteren dat de Franstalige psychologen blijken meer geconfronteerd te zijn met moeilijkheden in hun relaties met de patiënten dan de Nederlandstalige psychologen.

Deze verschillende bronnen van stress hebben een invloed op het psychologische welzijn van de psychologen die in de oncologie tewerkgesteld zijn. Eén psycholoog op tien uit deze sector toont inderdaad een hoog niveau van emotionele uitputting aan en één psycholoog op tien toont een laag niveau van persoonlijke verwezenlijking. Desalniettemin, één psycholoog op drie toont een gemiddeld niveau van emotionele uitputting en persoonlijke

verwezenlijking in het werk aan en één psycholoog op vijf een gemiddeld niveau van depersonalisatie. Deze resultaten zijn belangrijk daar zij aanduiden dat een groot aantal psychologen in de oncologie ontvankelijk zijn voor het *burnout*-syndroom. De gevolgen van dit syndroom zijn divers en kunnen zowel de persoon, als de zorgen die hij/zij aan de patiënt verleent, aantasten. Het is dus belangrijk om deze moeilijkheden te evalueren en daarna aan de psychologen plaatsen te bieden om de nodige ingrepen te doen om te vermijden dat deze moeilijkheden invaliderend worden.

Onze studie toont echter aan dat minder dan de helft van de psychologen die in ziekenhuisinstellingen tewerkgesteld is en geen enkele psycholoog die in een vereniging werkt kunnen genieten van psychosociale ondersteuning binnen de instelling waar zij tewerkgesteld zijn. De vergaderingen voor ondersteuning die dan toch georganiseerd worden zijn hoofdzakelijk gewijd aan problematische gevalsbesprekingen en in mindere mate aan institutionele en emotionele moeilijkheden. De personen die deelnemen aan deze sessies zijn hoofdzakelijk leden van de dienst en/of andere psychologen van de instelling die een oncologische praktijk hebben. Uit deze studie blijkt eveneens dat een meerderheid van de psychologen wenst te kunnen genieten van zulke interventies binnen de instelling waar zij tewerkgesteld zijn. Onze studie toont dus duidelijk de nood aan het organiseren van zulke interventies binnen de instellingen.

Het licht ons eveneens in op de manier waarop de psychologen wensen dat zulke interventies worden georganiseerd. Inderdaad, een meerderheid van de psychologen wenst dat deze sessies voor ondersteuning eerst en vooral andere psychologen die in de oncologie werken, bijeen te brengen; dit wil zeggen psychologen uit hun eigen instelling of buiten hun instelling. Een grote meerderheid van de psychologen wenst eveneens dat de personen die deze sessies leiden psychologen zijn van buiten hun instelling en die door hen betaald worden. Dit is tegenwoordig niet het geval daar uit de studie blijkt dat het vaak een lid van de instelling is die deze sessies leidt. Het is belangrijk te onderlijnen dat een meerderheid van de psychologen wenst ten minste één keer per maand te kunnen genieten van zulke sessies.

Deze studie toont aan dat de psychologen die in de oncologie tewerkgesteld zijn geconfronteerd zijn met belangrijke bronnen van stress; zowel organisationeel als materieel of relationeel. Het toont eveneens aan dat deze bronnen van stress gevolgen hebben op hun psychologisch welzijn. Deze studie onderlijnt eveneens een gebrek aan ondersteuning voor de psychologen die in de oncologie tewerkgesteld zijn en hun wens om bepaalde interventies van dit type.

Bibliografie

Ashforth BE and Humphrey RH (1995) Emotion in the Workplace - A Reappraisal. *Human Relations* 48: 97-125.

Barrett L and Yates P (2002) Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Aust Health Rev* 25: 109-21.

Bertman SL (1980) Lingering terminal illness and the family: insights from literature. *Family Process* 19: 341-48.

Brenner H (2002) Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet* 360: 1131-5.

Catalan J, Burgess A, Pergami A, *et al.* (1996) The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *J Psychosom Res* 40: 425-35.

Cushway D, Tyler PA and Nolan P (1996) Development of a stress scale for mental health professionals. *Br J Clin Psychol* 35 (Pt 2): 279-95.

Delvaux N, Razavi D and Farvacques C (1988) Cancer care-a stress for health professionals. *Soc Sci Med* 27: 159-66.

Giammona AJ and Malek DM (2002) The psychological effect of childhood cancer on families. *Pediatr Clin North Am* 49: 1063-81, x.

Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, *et al.* (2000) Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Cmaj* 163: 166-9.

Hicks MD and Lavender R (2001) Psychosocial practice trends in pediatric oncology. *J Pediatr Oncol Nurs* 18: 143-53.

Kash KM, Holland JC, Breitbart W, *et al.* (2000) Stress and burnout in oncology. *Oncology (Huntingt)* 14: 1621-33; discussion 33-4, 36-7.

Kazak AE, Barakat LP, Meeske K, *et al.* (1997) Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *J Consult Clin Psychol* 65: 120-9.

Lederberg MS (1998). The family of the cancer patient. *Psycho-Oncology*. JC Holland. New-York, Oxford University Press: 981-93.

Lopez-Castillo J, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, *et al.* (1999) Emotional distress and occupational burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: A comparison with oncology and internal medicine services. *Psychother Psychosom* 68: 348-56.

Maslach C and Jackson S (1986) *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Consulting Psychologists Press Inc., Palo Alto.

Newell SA, Sanson-Fisher RW and Savolainen NJ (2002) Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 94: 558-84.

Northouse L, Templin T and Mood D (2001) Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *J Behav Med* 24: 115-36.

Northouse LL (1994) Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *J Natl Cancer Inst Monogr* 183-90.

Oppenheim D and Dauchy S (2004) [Psycho-oncology and the present tasks of psycho-oncologists]. *Bull Cancer* 91: 99-104.

Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, *et al.* (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347: 724-8.

Razavi D and Delvaux N (1998) *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux*. Masson - Collection Médecine et Psychothérapie, Paris.

Spielberger CD (1994) *Professional Manual for the Job Stress Survey (JSS)*. Psychological Assessment Resources, Odessa.

Whippen DA and Canellos GP (1991) Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 9: 1916-20.

Aanbevelingen voor de ontwikkeling van de psycho-oncologie in België

Inleiding

De verkorting van de duur van de hospitalisaties en de moeheid tengevolge van de behandelingen leiden tot een vermindering van de mogelijkheid om patiënten en hun naasten te ontmoeten evenals een kortheid en onregelmatigheid van de psychologische interventies. Bovendien, naargelang het stadium van de ziekte en de nodige behandelingen, moeten de patiënten zich vaak wenden naar verscheidene ziekenhuisstructuren. Dit veroorzaakt een verspreiding van de patiënten in multi-pele zorgverstrekkingsinrichtingen (Razavi, D. *et al.*, 1998; Razavi, D. *et al.*, 1998).

Om een regelmaat en samenhang te begunstigen qua hulpverstrekking zouden de psycho-oncologen zich moeten kunnen verplaatsen. Voor redenen verbonden aan de organisatie valt het echter moeilijk om de aanwezigheid van één enkele deskundige voor de geestesgezondheid te voorzien tijdens de hele geschiedenis van de ziekte van de patiënt. De aflossing en medewerking tussen meerdere tussenpersonen (psychologen uit verschillende ziekenhuizen, psychologen in eigen woonplaats) blijken dus noodzakelijk om een samenhang van de zorgverstrekkings te kunnen waarborgen. Zulk een samenwerking schiet tegenwoordig fel tekort. Inderdaad, elke instelling heeft de neiging om afzonderlijk te werk te gaan, zonder verbindingswerk. Bovendien is de moeilijkheid om psychologen en psychiaters te vinden die werkzaam zijn buiten de ziekenhuizen en die gespecialiseerd zijn in de psychologische ondersteuning van kankerpatiënten, eveneens een hindernis.

De ontwikkeling van de oncologie heeft geleid tot veranderingen qua verwachtingen en psychosociale behoeften van de patiënten, van de naasten, maar eveneens van de zorgverstrekkers. Dit vereist een herziening van de huidige toestand van de psycho-oncologie in België. In de volgende paragrafen zullen wij een model voorstellen van een organisatie van de psycho-oncologie die zou kunnen bijdragen tot een optimale psychologische hulpverlening aan elk persoon die in dit domein betrokken is. Dit model berust op een grotere medewerking tussen deskundigen, instellingen, en het centraal stellen van de plaats ingenomen door de patiënten maar eveneens door hun naasten. In dit model komen eveneens in aanmerking de psychologische gevolgen van kanker bij de zorgverstrekkers en worden bepaalde beschouwingen geboden om hun welzijn te behouden. De grondslagen van dit model berusten op een koppeling tussen twee zorgverstrekkingsstructuren : de eenheden van psycho-oncologie en de diensten van psycho-oncologie.

Volgens een onlangs verschenen literair overzicht betreffende de ideale samenstelling van diensten voor geestesgezondheid in functie van de economische middelen van landen, behoort het aan België om, aangezien haar niveau van economische ontwikkeling en niveau van verwachtingen vanwege de bevolking op het gebied van volksgezondheid, over gespecialiseerde diensten voor geestesgezondheid te beschikken (Thornicroft *et al.*, 2004). De diensten voor psycho-oncologie zijn een categorie van deze gespecialiseerde diensten voor geestesgezondheid. Tabel 1 biedt verschillende types van ontwikkeling aan van de psycho-oncologie, in functie van plaatselijke en regionale middelen.

De ontwikkeling van de diensten voor geestesgezondheid voor patiënten met een kankeraandoening en hun naasten is verbonden met de ontwikkeling van de oncologie. Voor de oncologie in België zijn bepaalde instellingen volgens precieze criteria bevoegd om “basisprogramma’s” of “zorgprogramma’s” aan te bieden.

In dit werkperspectief zou de bevoegdheid van een instelling om “basisprogramma’s” aan te bieden haar ook moeten toestaan een eenheid van psycho-oncologie te mogen ontwikkelen. In het model dat wij voorstellen, zou elke eenheid van psycho-oncologie als doelstellingen een primaire, secundaire en tertiaire preventie te leiden t.o.v. psychologische en psychopathologische stoornissen verbonden aan kanker, dankzij hun vroegtijdige en systematische detectie, alsook het ontwikkelen van ondersteuningsmethodes en opleidingen van niet-professionele interveniënten van de geestesgezondheid.

Tabel 1 : Ontwikkeling van de psycho-oncologie in functie van plaatselijke of regionale middelen

<i>Laag niveau van middelen</i>	<i>Gemiddeld niveau van middelen</i>	<i>Hoog niveau van middelen</i>
Geen psycho-oncologie	Psycho-oncologie verzekerd door niet gespecialiseerde psychologen of psychiaters	Psycho-oncologie verzekerd door opgeleide psychologen en psychiaters
Geen eenheid van psycho-oncologie	Eenheden van psycho-oncologie gelegen in kankerbehandelingscentra	Eenheden van psycho-oncologie gelegen in ziekenhuizen bevoegd om « basisprogramma’s » aan te bieden Diensten voor psycho-oncologie gelegen in ziekenhuizen bevoegd om « zorgprogramma’s » aan te bieden

De bevoegdheid van een instelling om « zorgprogramma’s » te bieden, zou haar moeten toelaten een dienst voor psycho-oncologie te ontwikkelen. In het model dat wij voorstellen, zou elke dienst voor psycho-oncologie tegelijkertijd dezelfde doelstellingen nastreven als deze van de verschillende eenheden van psycho-oncologie alsook andere doelstellingen en specifieke interventies. Deze specifieke doelstellingen van de diensten voor psycho-oncologie betreffen : de informatie van huisartsen en gespecialiseerde artsen maar ook van patiënten en hun naasten betreffende de beschikbare psychologische hulpdiensten in de verschillende ziekenhuizen; de opleiding van patiënten en hun naasten om preventief in te staan tegenover angst en depressie (pré -en postoperatief, beenmergtransplantatie, stoma’s, pijn, enz); het organiseren van consultaties voor patiënten in behandeling, in remissie of genezen alsook voor hun naasten, om zorgen te verlenen rondom specifieke moeilijkheden zoals de aanpassing aan de remissieperiodes, ingewikkelde rouw, enz.; het organiseren van gespreksgroepen voor de patiënten en hun naasten alsook voor de leden van het medisch-chirurgisch team; het organiseren van begeleidingsgroepen rondom rouw en de behandeling van ingewikkelde rouwtijden voor de naasten die het moeilijk hebben om zich aan te passen aan het verlies of voor de behandeling van verwickelingen rondom rouw die psychologische en psychopathologische stoornissen verwekken; het organiseren van

intervisies, supervisies en opleidingen voor de psychologen, psychiaters en “andere” professionelen van de geestesgezondheid; het organiseren van een verbinding tussen eenheden en diensten voor psycho-oncologie om de complementariteit met de eenheden voor psycho-oncologie te waarborgen.

Tabel 2 : Hoofddefinities

Psycholoog : elke persoon in het bezit van een Mastertitel in Psychologie (5 jaar cursus), uitgereikt door een faculteit van psychologie.

Psychiater : elke persoon in het bezit van een diploma van dokter in geneeskunde, chirurgie en verloskunde (7 jaar cursus) en van een Mastertitel gespecialiseerd in psychiatrie (5 jaar cursus), uitgereikt door een medische faculteit.

« **Andere** » **professionelen van de geestesgezondheid** : alle professionelen van de gezondheid die een bekwaamheid hebben verworven in de psychotherapie (verple(e)g(st)ers, sociale assistenten, ...enz.).

Psycho-oncologie : multidisciplinaire specialiteit gelegen tussen de geneeskunde (oncologie, psychiatrie) en de menswetenschappen (psychologie, sociologie, antropologie, ethiek, ...enz.). Dit betreft een specialiteit betrokken bij de psychologische en psychopathologische gevolgen van kankeraandoeningen zowel bij de zieke, bij zijn naasten als bij de gezondheidsdeskundigen die hen zorgen verstrekken.

Psycho-oncoloog : elke psychiater, psycholoog en geestesgezondheidsdeskundige opgeleid tot de psycho-oncologie gedurende 2 à 3 jaar en die een gesuperviseerde klinische ervaring van 2 à 3 jaar heeft verworven in een eenheid van psycho-oncologie. Tegenwoordig bestaat er nog geen enkele specifieke opleiding voor de psycho-oncologie. Bijgevolg is de opleiding voornamelijk gegrond op klinische ervaring.

Eenheden van psycho-oncologie : entiteiten samengesteld uit part-time psycho-oncologen, die wezenlijk deel uitmaken van het medisch-chirurgisch team van een instelling bevoegd om «basisprogramma's» aan te bieden. Tegenwoordig echter, wegens de afwezigheid van specifieke opleidingen, verenigen de eenheden van psycho-oncologie psychiaters, psychologen en andere deskundigen van de geestesgezondheid die bekwaamheden in de psycho-oncologie hebben verworven op basis van klinische ervaring, het lezen van artikels en hun deelname aan congressen en supervisies.

Diensten voor psycho-oncologie : entiteiten samengesteld uit meerdere voltijdse psycho-oncologen die deel uitmaken van het medisch-chirurgisch team van een instelling bevoegd om «zorgprogramma's» aan te bieden.

Consultatie en verbindingspsychiatrie : psychiatrische diensten die patiënten opnemen die door een medisch-chirurgisch team zijn doorverwezen. De psychiater voor consultatie en verbinding maakt wezenlijk geen deel uit van het medisch-chirurgisch team.

Eenheden van psycho-oncologie ontwikkelen

Wij zullen de eenheden van psycho-oncologie definiëren als zijnde de zorgverstrekke structure die in elke ziekenhuis aanwezig zou moeten zijn. Inderdaad, elke patiënt waarbij men een kankerdiagnose vermoedt, zal deze ertoe brengen een dokter in een ziekenhuis te gaan raadplegen. Het ziekenhuis zal bijgevolg de bevoorrechte plaats zijn voor een afspraak in een **eenheid** van psycho-oncologie.

Tegenwoordig ontgaan grotendeels van de kankerpatiënten die een psychologische nood vertonen, aan een zorgverlening. De redenen zijn o.a. de volgende : de psychologische nood is weinig opgespoord door de zorgverstrekkers die deze moeilijk opsporen en hiervoor niet uitgerust zijn. Deze vaststellingen zijn ook toegankelijk aan het tekort aan effectief temidden van de psychologen opgeleid tot de oncologie, om systematisch de psychologische nood op te sporen. Tenslotte, al wordt de nood gedetecteerd, is er niet telkens een bekwame psychiater en/of psycholoog in de oncologie aanwezig in het ziekenhuis of regio waar de patiënt behandeld wordt. Doch, de resultaten van onze studie wijzen dat één patiënt op twee in de oncologie, een psychologische of psychopathologische stoornis vertoont!

Deze stoornissen waarop niet ingegrepen wordt zullen een rechtstreekse invloed hebben op de levenskwaliteit van de patiënt, op de therapietrouw, en op de ziekte -en sterftcijfer. Ze zullen tevens een invloed hebben op de kosten van de gezondheidszorgen wegens het stijgend aantal en tijdsduur van de hospitalisaties. Tenslotte noteren wij dat de levenskwaliteit van de zorgverstrekkers hierdoor ook getroffen wordt wegens meer frequente relationele problemen die zij met deze patiënten tegenkomen.

Het wordt dus onontbeerlijk om eenheden van psycho-oncologie te ontwikkelen, en niet zoals tegenwoordig uitsluitend de consultatie en verbindingspsychiatrie -of psychologie. Deze diensten werken immers vaak als "hulp"diensten, wanneer de stoornissen al gevestigd zijn en belangrijke problemen stellen op het vlak van een medische of chirurgische behandeling. Een doeltreffende eenheid van psycho-oncologie dient inderdaad wezenlijk deel uit te maken van het multidisciplinair team dat de patiënt en zijn naasten begeleidt, om also een systematische detectie en eventuele behandeling van psychologische en psychopathologische stoornissen toe te laten. Tabel 3 biedt een samenvatting aan van de doelstellingen van de psycho-oncologische interventies van deze diensten voor psycho-oncologie. Deze diensten vereisen menselijke middelen (psychiater, psycholoog, geestesgezondheidsdeskundigen , sociale werkers) en financiële middelen.

Het model stelt voor het opstellen van een systematische detectie voor alle nieuwe patiënten in consultatie of hospitalisatie door het uitdelen aan hen van een zelfevaluatie « schaal » van de nood en de gewenste hulp (Holland, 2004). Doeltreffende en gebruiksklare middelen zijn tegenwoordig beschikbaar (Razavi, D. *et al.*, 1990; Razavi, D. *et al.*, 1992; Holland, 1997; Holland *et al.*, 1997).

Tabel 3 : Doelstellingen van de interventies gemeenschappelijk in de eenheden en diensten voor psycho-oncologie

Primaire preventie : de ontwikkeling van psychologische en/of psychopathologische symptomen voorkomen d.m.v. een systematische hulpverstrekking aan alle patiënten en hun naasten in een bepaald context.

Secundaire preventie : het vroegtijdig behandelen van psychologische en psychopathologische stoornissen verbonden aan kanker, d.m.v. hun vroegtijdige en systematische opsporing.

Tertiaire preventie : nazorgen blijven verstrekken om verwickelingen te vermijden.

Informatie en ondersteuning: informatie en ondersteuning verstrekken aan niet-professionele interveniënten van de volksgezondheid die deel uitmaken van het medisch -of chirurgisch team met als doel hun vermogen te verbeteren om de psychologische en psychopathologische stoornissen te schatten, op te sporen en te behandelen.

Zorgen verstrekken aan een patiënt in consultatie

Een zelfevaluatie schaal van de psychologische nood en een oriënteringsvragenlijst over de oorzaken van deze nood wordt tijdens de consultatie uitgereikt. Indien de zelfevaluatie score onder een bepaalde drempel ligt, wordt aan de patiënt algemene informatie geleverd over de psychologische gevolgen verbonden aan kanker alsmede de personalia van de dienst voor psycho-oncologie. Indien de score gelijk of boven een bepaalde drempel ligt, wordt de patiënt ertoe uitgenodigd de oriënteringsvragenlijst in te vullen om de oorzaak van zijn nood te kunnen bepalen : sociale, psychische of medische oorzaak. Alzo kan de patiënt, nadat hij de vragenlijst heeft overhandigd aan de arts in consultatie, onmiddellijk naar de bevoegde dienst worden verwezen. Indien de score onder een bepaalde drempel ligt, zal dit niet enkel toelaten de patiënten en hun familie te kunnen informeren en ontvankelijk maken over de psychologische inslag van kanker, maar tevens het laten wegwerken van een stigma waarbij psychologische nood vaak beschouwd wordt als een zwakheid of een psychopathologische toestand (wat niet per se het geval is in de oncologie).

Zorgen verstrekken aan een patiënt in hospitalisatie

Een systematische detectie van psychologische problemen zal worden uitgevoerd door de psychologen verbonden aan elke dienst voor hospitalisatie. Deze opsporing zal geschieden d.m.v. dezelfde hulpmiddelen als in consultatie, waarbij nog een MMSE (Mini Mental State Examination, snelle evaluatie schaal van de cognitieve functies) zal worden toegevoegd om eventuele cognitieve stoornissen duidelijk te laten uitkomen. Deze worden immers heel vaak ondergediagnosticeerd en zijn vaak een motief voor een psychiatrische raadpleging. De risicopersonen worden aldus geïdentificeerd en een follow-up wordt aan hen voorgesteld. Deze eerste ontmoeting zal alle patiënten ook toelaten niet enkel duidelijk de psycholoog te identificeren als zijnde een zorgverstrekker, maar tevens als een lid van het verzorgend team. Deze detectie zal wekelijks hernieuwd worden tijdens de hospitalisatie van de patiënt, d.w.z. voor alle patiënten tijdens hun verblijf, inbegrepen deze waarbij de score tijdens de vorige evaluatie lager lag dan een bepaalde drempel.

Om dit te kunnen opstellen is het belangrijk dat er op elk verdieping in hospitalisatie een plaats hiervoor zou worden voorbehouden, een plaats waar de patiënten en hun familie zich

in vertrouwen en intimiteit zouden kunnen onderhouden. Tegenwoordig is dit allerm minst het geval; de gesprekken worden aan het bedhoofdeinde van de zieke gehouden. In de meeste gevallen wordt de kamergenoot er een wel onvrijwillige getuige van; dit laat duidelijk de vraag herrijzen over de betrouwbaarheid maar eveneens over het psychisch impact op deze laatste betreffende de inhoud van het lopend gesprek. Indien een follow-up wordt opgesteld, is het belangrijk om deze ook na de hospitalisatie te kunnen voortzetten, hetzij in een ambulante kader, hetzij thuis en liefst door dezelfde interveniënt.

Zorgen verstrekken aan de familie

Onze resultaten wijzen aan dat, indien de familie aanwezig is, deze vaak de eerste hulpbron betekent voor de patiënt. Hoe meer de familie adequaat zal zijn, des te beter zal de patiënt ondersteund worden en bijgevolg behoed zijn voor de ontwikkeling van een eventuele psychologische of psychopathologische stoornis. Bovendien vertegenwoordigt een kankerdiagnose vaak een crisis bij alle leden van een familie. Idealiter zou een detectie van de psychologische moeilijkheden van de voornaamste begeleider systematisch moeten plaatsvinden. Idealiter zouden overigens alle families die het wensen moeten kunnen gezien worden tijdens een bijeenkomst, waarbij vanzelfsprekend de patiënt, de arts en liefst een andere psycholoog dan deze die de patiënt begeleidt, aanwezig zijn. Deze bijeenkomst zou de families moeten toelaten de stand van zaken op te nemen betreffende de medische toestand van de patiënt, hun eigen beleving uitdrukken en desnoods een individuele en/of familiale zorgverstrekking aan te vragen.

Diensten voor psycho-oncologie ontwikkelen

Ter herinnering, tegenwoordig wordt in België de psychologische zorgverstrekking aan kankerpatiënten uitsluitend erkend wat betreft de palliatieve zorgen! Overigens, daar de oncologie zelf onderverdeeld is in twee specialiteiten, zal de patiënt tijdens zijn therapeutische behandeling in handen zijn van een soms groot aantal artsen. Het komt trouwens niet zelden voor dat de patiënten de naam van hun referentiearts niet kunnen geven.

De zorgverstrekking aan de patiënt dient dus niet langer gericht te zijn op het ziekenhuis maar op de patiënt. Inderdaad, alle zorgen worden niet altijd op dezelfde plaats verleend. De ideale zorgverstrekking wat betreft de psychologische follow-up van de patiënt, zou gekenmerkt zijn door de aanwezigheid van interveniënten die de patiënt zouden begeleiden in functie van de zorgen die zijn ziekte vereist, in het ziekenhuis of thuis. De ontwikkeling van de diensten voor psycho-oncologie zou deze follow-up op stand kunnen brengen.

Wij zullen een dienst voor psycho-oncologie definiëren als zijnde elke bestaande dienst in instellingen die bevoegd zijn om “zorgprogramma’s” aan te bieden, waarbij een psychiater, psychologen en andere professionelen van de geestesgezondheid betrokken zijn en die zich specifiek inzetten voor de zorgverlening aan kankerpatiënten en hun naasten.

Deze dienst voor psycho-oncologie zou dezelfde doelstellingen nastreven als in de verschillende eenheden van psycho-oncologie, met toevoeging van specifieke doelstellingen en interventies. Deze specifieke doelstellingen eigen aan de diensten voor psycho-oncologie zijn in tabel 4 samengevat.

Tabel 4 : Doelstellingen van de interventies eigen aan de diensten voor psycho-oncologie

Informatie : voor huisartsen, specialisten maar eveneens **voor patiënten en naasten** betreffende de beschikbare psychologische ondersteuning in de verschillende ziekenhuizen.

Opvoeding : voor een preventie van angst en depressie (pré -en postoperatief, beenmergtransplantatie, stoma's, pijn, enz.).

Consultaties : voor patiënten in behandeling, in remissie of genezen, alsook voor hun naasten met als doel zorgen te verstrekken i.v.m. specifieke moeilijkheden zoals de aanpassing aan de remissieperiodes, ingewikkelde rouw, enz.

Organisatie van groepsgesprekken : voor patiënten en hun naasten, alsook voor de leden van de medische-chirurgische teams.

Organisatie van begeleidingsgroepen rondom verlies en behandeling van ingewikkelde rouw : voor de naasten die aanpassingsmoeilijkheden ondervinden rondom het verlies of voor de behandeling van rouw met psychologische en psychopathologische verwickelingen.

Organisatie van intervisies, supervisies en opleidingen : voor psychologen, psychiaters en «andere» professionelen van de geestesgezondheid.

Organisatie van de verbinding tussen de eenheden en diensten voor psycho-oncologie : om de complementariteit te waarborgen met de eenheden van psycho-oncologie.

Om deze verschillende doelstellingen te verwezenlijken, zouden de diensten voor psycho-oncologie de volgende activiteiten tot stand brengen :

Informatie verspreiden bestemd voor patiënten en hun naasten

De resultaten van onze studie wijzen duidelijk de leemtes aan betreffende de informatie die geleverd wordt aan kankerpatiënten en aan hun naasten, in betrekking met de interventies die aan hen zouden voorgesteld kunnen worden. Wegens talrijke psychosociale moeilijkheden geven patiënten en hun naasten aan, noch hulp te wensen of te willen krijgen van een professionele interveniënt. Bovendien uiten talrijke patiënten de wens om geholpen te worden door medische interveniënten zoals hun huisarts of specialist, om om te gaan met psychosociale moeilijkheden. Daarentegen, uiten andere patiënten hun wens om geholpen te worden door psychosociale interveniënten, om om te gaan met uitsluitend medische moeilijkheden. Deze verschillende resultaten weerspiegelen het gebrek aan informatie bij de patiënten en hun naasten betreffende de interventies die hen zouden voorgesteld kunnen worden om hen te helpen omgaan met kanker en zijn gevolgen. De diensten voor psycho-oncologie zouden het verspreiden van informatie op dit vlak kunnen volbrengen.

Zorgen verstrekken aan patiënten en hun naasten in het ziekenhuis en thuis

Onze studie toont eveneens aan dat kankerpatiënten en hun naasten talrijke moeilijkheden tegenkomen buiten het context van hun behandeling in het ziekenhuis, alsook talrijke moeilijkheden die een specifieke zorgverstrekking eisen (huwelijksproblemen, seksuele problemen, moeilijkheden in de relaties, enz.). Naast de primaire, secundaire en tertiaire preventie van psychologische en psychopathologische stoornissen waarvoor de eenheden van psycho-oncologie instaan, zouden de diensten voor psycho-oncologie verscheidene zorgverstrekingen kunnen bieden, bestemd om deze specifieke problemen te behandelen en dit in het bijzonder bij de patiënten thuis.

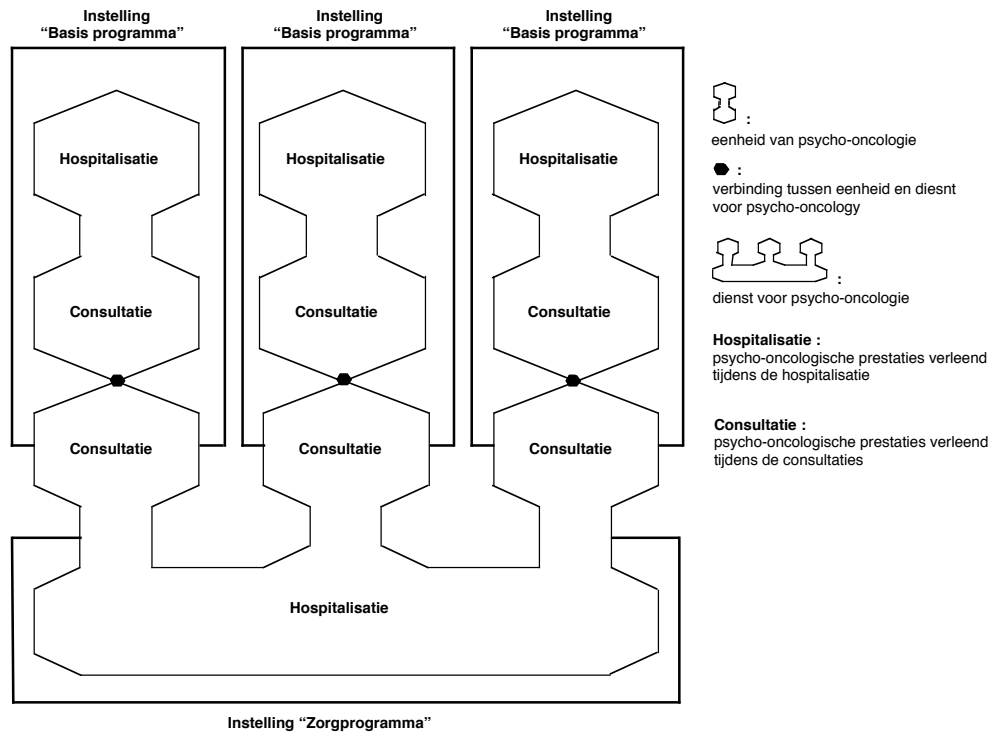
Opleidingen, supervisies en intervisies ontwikkelen en aanbieden, bestemd voor psychologen, psychiaters en «andere» professionelen van de geestesgezondheid

De resultaten van onze studie eigen aan de psychologen weerspiegelen ook de noodzaak voor opleidingsruimtes, supervisies en intervisies gericht tot de verschillende deskundigen van de geestesgezondheid en werkzaam in de oncologie. De diensten voor psycho-oncologie zouden wellicht het materieel en menselijk kader kunnen voorzien om zulke ruimtes aan te bieden.

Multicentrische researchprogramma's ontwikkelen

De psycho-oncologie is een discipline die zich articuleert rondom een ingewikkelde oncologische geneeskunde en die constant evolueert. Om het aanbod van de psychosociale interventies aan deze evolutie aan te passen, dienen multicentrische researchprogramma's ontwikkeld te worden. Een samenwerkingsnetwerk tussen universiteiten, diensten en eenheden van psycho-oncologie, zou zulke researchprogramma's op stand kunnen brengen.

Wij stellen dus voor om, in verschillende regio's, diensten voor psycho-oncologie op te richten die deze patiënten zouden kunnen onthalen. Deze diensten zouden dus aan alle patiënten en hun naasten de gelegenheid bieden om van een kwaliteitssteun te kunnen genieten. Dit is tegenwoordig allerminst het geval. Figuur 1 illustreert de noodzakelijke complementariteit en verbinding tussen de eenheden en diensten voor psycho-oncologie.



Figuur 1. Organisatie van eenheden en diensten voor psycho-oncologie.

Andere aanbevelingen

De resultaten van deze studie stellen wel in het daglicht de dringende noodzaak om psychologen die aan kankerpatiënten zorgen verstrekken, op te leiden. Deze resultaten tonen eveneens aan dat de patiënten en hun voornaamste naaste, hulp zoeken bij hun arts, verple(e)g(st)er en andere paramedici. Dit impliceert de noodzaak om niet enkel de psychologen en kandidaat-psychiaters op te leiden tot de psycho-oncologie, maar eveneens de artsen, verple(e)g(st)ers en andere paramedici.

Standaarden voor de zorgverstrekking ontwikkelen

Betreffende de patiënten en hun voornaamste naaste, zou hun psychologisch welzijn geëvalueerd moeten worden op bepaalde sleutelmomenten van de ziekte. Alle leden van het team die onmiddellijk verantwoordelijk zijn voor de patiënt, zouden in staat moeten zijn aan deze laatste en aan zijn voornaamste naaste, een emotionele basissteun te kunnen bieden, gegrond op goede bekwaamheden qua communicatie, informatie, hoffelijkheid en eerbied tijdens de contacten. Alle patiënten en zorgverleners die een significante drempel van nood bereiken, zouden de gelegenheid moeten krijgen om spoedig een gezondheidsdeskundige van de gezondheidszorgen te kunnen ontmoeten. De psychologische interventies zouden in een kalm, comfortabel kader moeten plaatsvinden, om de intimiteit van de patiënt te waarborgen.

Wij zouden dus een model van de psycho-oncologie op meerdere niveaus kunnen bepalen die zou toelaten om o.a. deze aanbevelingen in praktijk te brengen door middel van het organiseren en ontwikkelen van verschillende niveaus van zorgverstrekingen. Tabel 5 beschrijft de eigenschappen van de voornaamste niveaus van zorgverstrekingen aan kankerpatiënten en hun naasten; elk niveau bevat de bekwaamheden van het vorig niveau in termen van evaluatie en interventie.

Betreffende de families, zou men aan hun leden de gelegenheid moeten bieden om hun behoeften voor steun en informatie te laten evalueren en dit onafhankelijk van de patiënt. Voor zover het mogelijk en haalbaar is, zouden de familieleden en zorgverstrekkers de patiënt moeten kunnen begeleiden tijdens zijn ontmoetingen met de arts, en betrokken worden bij de gesprekken over de behandelingen en zorgen, indien de patiënt dit wenst. De familieleden en zorgverstrekkers zouden geïnformeerd moeten zijn en toegang moeten hebben tot de bronnen van informatie, raad en steunverlening die hun eigen specifieke behoeften tegenkomen. De familieleden en zorgverstrekkers zouden zich moeten kunnen wenden naar een consultatie die instaat voor de rouw en zijn psychopathologische verwickelingen.

Tabel 5 : Eigenschappen van de voornaamste niveaus van zorgverstrekkingen aan kankerpatiënten en hun naasten; elk niveau van zorgverstrekking bevat de bekwaamheden van het vorig niveau in termen van evaluatie en interventie.

	Interveniënten	Evaluatie	Interventie
Niveau 1	Gezondheidsdeskundigen	Detectie van de psychologische behoeften	Gebruik van basisbekwaamheden in de communicatie gericht op het evalueren, informeren en ondersteuning bieden
Niveau 2	Psychologen	Detectieprogramma van de psychologische nood	Gebruik van psychotherapeutische basistechnieken zoals het luisteren, raadgeven en hulp voor het oplossen van problemen
Niveau 3	Psychologen opgeleid tot de psychotherapie in de psycho-oncologie	Evaluatie van de type van psychologische nood en diagnose van de voornaamste psychologische en psychopathologische stoornissen	Gebruik van gespecialiseerde psychotherapeutische technieken in individueel, koppel, familie en groepsverband
Niveau 4	Psychiaters opgeleid tot de psycho-oncologie	Diagnose van alle vormen van psychopathologische stoornissen	Gebruik van psychopharmacologische behandelingen en coördinatie van de zorgverstrekking i.v.m. psychopathologische stoornissen

Registratie van de activiteiten van de interveniënten ontwikkelen

Deze registratie zou een administratieve rol kunnen hebben. Een standaardfiche vervolledigd door elke interveniënt zou gegevens kunnen leveren waardoor men zich de type van activiteiten die de eenheden en diensten voor psycho-oncologie verzekeren, kan voorstellen.

Deze registratie zou eveneens kunnen toelaten een verbindingshulpmiddel te ontwikkelen. Alle betrokken personen die instaan voor de zorgen aan een patiënt zouden alzo toegang kunnen hebben tot de basisgegevens en personalia van de geestesgezondheidsdeskundige die er voor zorgt. Hieruit zou een verbindingswerk en continuïteit rondom de zorgen voortvloeien.

Ontwikkelen van een vijfjarige evaluatie van de behoeften van de patiënten, hun naasten en het verzorgend personeel

Idealiter zou men om de vijf jaar en naar het voorbeeld van wat voor dit project werd verwezenlijkt, een evaluatie van de behoeften op nationaal vlak kunnen leiden, om het aanbod van de zorgen en de vraag van kankerpatiënten en hun voornaamste naaste, aan te passen.

Opleidingsprogramma's ontwikkelen bestemd voor psychologen, psychiaters en geestesgezondheidsdeskundigen werkzaam in de oncologie

Voor een goede werking in de diensten en eenheden van psycho-oncologie, is het essentieel dat de interveniënten het veld van de psychologie maar eveneens het veld van de oncologie kennen; immers, indien de patiënt betere kennis zou hebben dan de psycho-oncoloog, zou deze laatste in diskrediet raken en het risico lopen eventuele organische of medicinale oorzaken van psychologische of psychopathologische stoornissen onopgemerkt te laten om de patiënt te informeren en bij te staan. Bovendien moet de psycho-oncoloog de medische realiteit van de patiënt kunnen bedenken. In een werk waarbij aanzienlijke emotionele implicaties betrokken zijn, zou een supervisie onder leiding van een buitenpersoon, aan alle leden van het medisch team moeten toelaten hun ervaring te kunnen uiten.

Opleidingsprogramma's ontwikkelen bestemd voor artsen, verple(e)g(st)ers en paramedici

De opleiding van artsen, verple(e)g(st)ers en andere paramedici bevat 2 types van opleiding: opleidingen gericht op het verwerven van bijzondere bekwaamheden in de psycho-oncologie en opleidingen gericht op het verwerven van bekwaamheden die een interdisciplinair werk toelaten.

De opleiding van het verzorgend team zou niet enkel aan alle leden moeten toelaten om beter de emotionele nood verbonden aan de kankerziekte van een patiënt of één van zijn naasten te herkennen, maar eveneens om bekwaamheden te verwerven op het gebied van evaluatie, informatie en ondersteuning (Razavi, D. *et al.*, 1988; Razavi, D. *et al.*, 1991; Razavi, D. *et al.*, 2002; Razavi, D. *et al.*, 2003; Delvaux, Nicole *et al.*, 2004; Delvaux, N. *et al.*, 2004).

Bovendien, zou bij een systematische detectie van de hierboven beschreven psychologische nood, het geheel van het verzorgend team kunnen vermijden "in een crisis" te werken zoals tegenwoordig het geval is, en dusdanig de professionele stress van de zorgverstrekkers verminderen.

Opleidingsprogramma's ontwikkelen voor de opleiders

Het belang van de behoeften aan opleidingen die hier samengevat zijn, verwijst ook naar de noodzaak om opleiders op te leiden. Deze zullen zeker worden gerekruteerd bij de psychologen en psychiaters opgeleid tot de psycho-oncologie en werkzaam in de eenheden en/of diensten voor psycho-oncologie.

Berekening van de behoeften aan psychologen in de eenheden en diensten voor psycho-oncologie

Berekening van de behoeften aan psychologen om gemeenschappelijke doelstellingen in de diensten en eenheden voor psycho-oncologie te verwezenlijken

De behoeften berekenen voor de eenheden van psycho-oncologie impliceert de keuze van een bepaald aantal parameters. De hieronder genomen keuzen berusten op beschouwingen die onmiddellijk uit de studie voortvloeien en op het verlangen om een model van eenheden en diensten voor psycho-oncologie die kwaliteitsprestaties aanbieden, op te bouwen.

Tijdsindeling van de activiteiten van een psycholoog

De tijdsindeling van de activiteiten van een psycholoog werd gebaseerd op gegevens van de studie : gegevens die de huidige werkorganisatie van psychologen beschrijven en gegevens betreffende de door hen geuite wensen. Het klinisch werk is alzo onderverdeeld in dienstverleningen gericht op de patiënten en de voornaamste naasten (ongeveer 80% van het klinisch werk), dienstverleningen gericht op de verzorgende teams (ongeveer 10% van het klinisch werk) en dienstverleningen in verband met een vroegtijdige detectie en verbindingswerk (ongeveer 10% van het klinisch werk). De bijscholing van het team vertegenwoordigt ongeveer 10% van de tijdsprestaties. Tabel 6 beschrijft een weekuurrooster van een psycholoog.

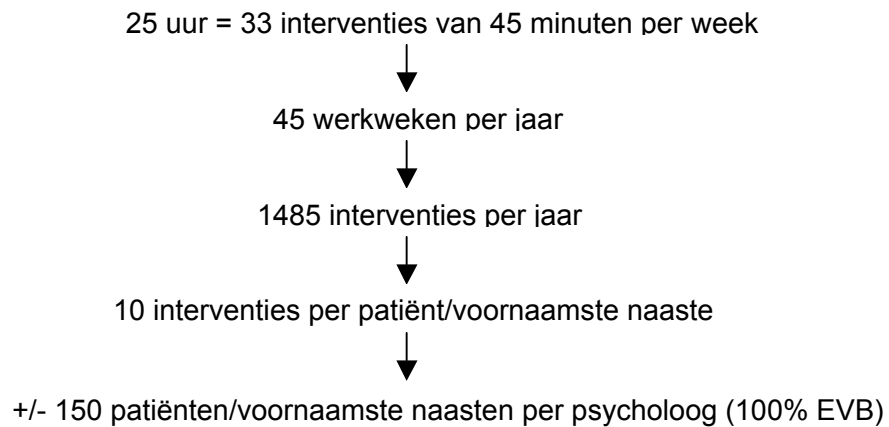
Tabel 6 : Weekuurrooster van een psycholoog

	Aantal uren per week
Klinisch werk	
Met de patiënten	25u
Verbinding/vroegtijdige detectie	4u
Teamondersteuning	3u
Teamvergaderingen	2u
Seminaries	1u
Supervisies	1u
Administratief werk	2u
Totaal per week	38u

Berekening van de behoeften aan psychologen om gemeenschappelijke doelstellingen in de diensten en eenheden van psycho-oncologie voor volwassenen, te verwezenlijken

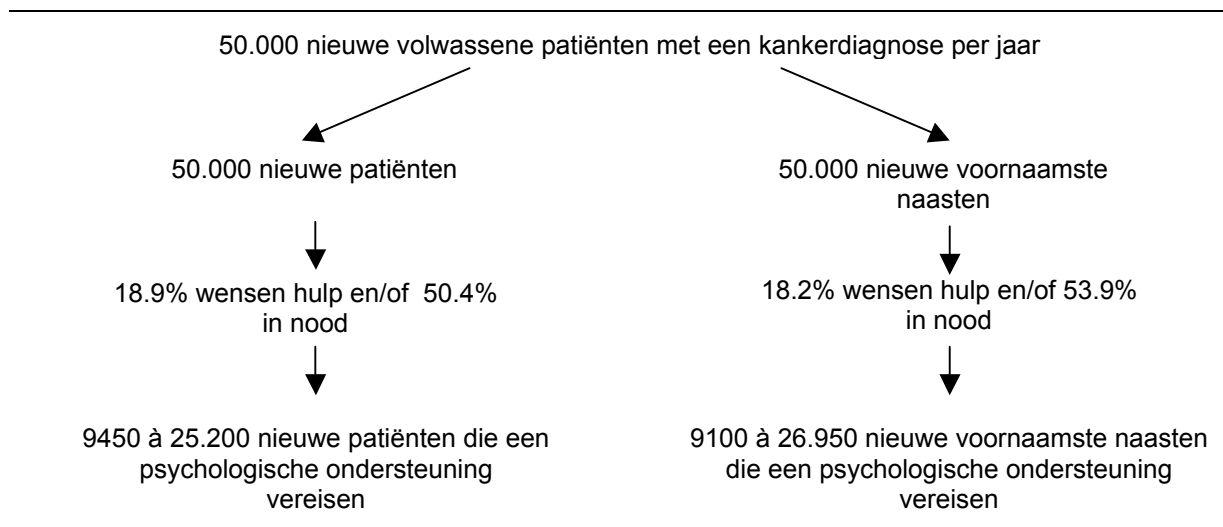
Om de behoeften te berekenen van psychologen noodzakelijk om gemeenschappelijke doelstellingen na te streven in de diensten en eenheden van psycho-oncologie voor volwassenen, hoort men eveneens rekening te houden met een gemiddelde duurtijd van de psychologische interventies alsook met een gemiddeld aantal ingrepen per patiënt of voornaamste naaste. De duurtijd van de interventies bedraagt 45 minuten. Deze keuze laat

toe de uitgevoerde interventies en onderliggende theoretische referenties “groepswijze” te beschouwen (individueel, familiaal, groep). Gemiddeld tien interventies per patiënt of voornaamste naaste zijn hier beschouwd als zijnde het realistisch gemiddelde voor korte interventies (enkele tussenkomsten) en voor langere interventies (20 tussenkomsten). Dit gemiddelde laat eveneens toe de types interventies en theoretische referenties te “groeperen”. Figuur 2 stelt een nauwe beschrijving voor van de redenering om het geraamd aantal patiënten en naasten aan wie jaarlijks zorgen zouden worden verstrekt, te berekenen.



Figuur 2. Schema van de redenering voor het beramen van het aantal volwassene patiënten en naasten die jaarlijks zorgverstrekingen van een psycholoog zouden krijgen

Men schat dat er jaarlijks in België 50.000 nieuwe kankergevallen worden gediagnosticeerd, in een volwassene bevolking. De berekening hieronder beschouwt 2 cijfers die op verschillende wijze zijn berekend. De eerste cijfer houdt rekening met het percentage van personen die een psychologische hulp wensen; de tweede, met het percentage van volwassene personen of voornaamste naasten die een emotionele nood vertonen. Uit figuur 3 blijkt dat in functie van de gekozen parameter, per jaar, 10.000 à 25.000 patiënten en evenveel voornaamste naasten zorgverstrekingen zouden moeten krijgen.

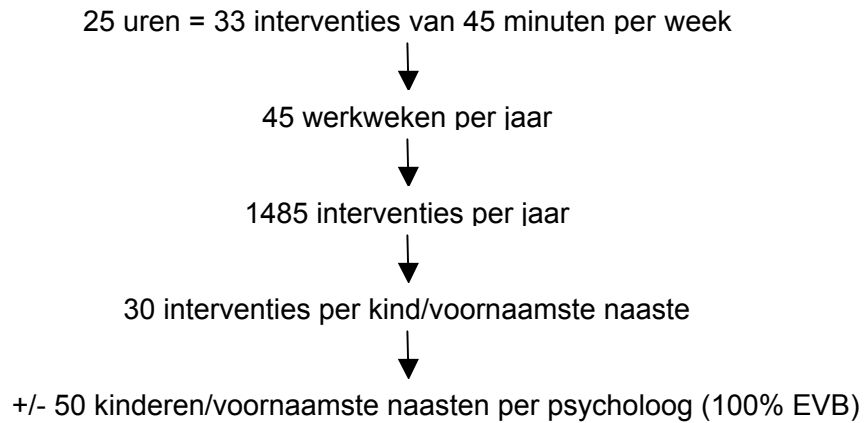


Figuur 3. Schema van de redenering voor het beramen van het aantal volwassene patiënten en naasten die jaarlijks zorgverstrekkingen vereisen

Aangezien het feit dat een psycholoog (100% EVB) jaarlijks aan 150 patiënten/voornaamste naasten zorgen kan verstrekken, zouden minimum 63 psychologen (100% EVB) en idealiter 168 psychologen (100% EVB) kunnen instaan voor de begeleiding van de nieuwe patiënten. Minimum 61 psychologen (100% EVB) en idealiter 180 psychologen (100% EVB) zouden zorgen kunnen verstrekken aan de voornaamste naaste van de patiënt in de psycho-oncologie voor “volwassenen”.

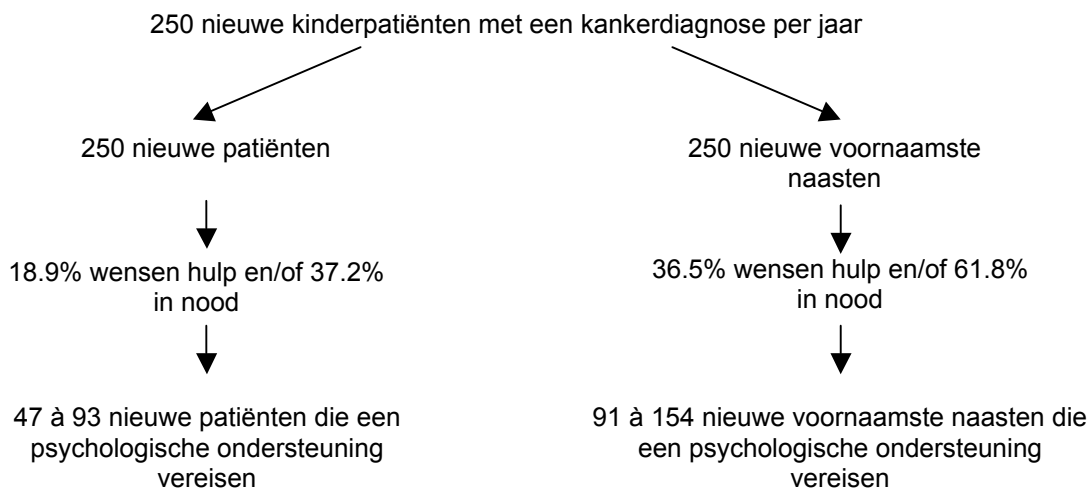
Berekening van de behoeften aan psychologen om gemeenschappelijke doelstellingen in de diensten en eenheden van psycho-oncologie voor kinderen, te verwezenlijken

Om de behoeften te berekenen van psychologen noodzakelijk om gemeenschappelijke doelstellingen na te streven in de diensten en eenheden van psycho-oncologie voor kinderen, hoort men eveneens rekening te houden met een gemiddelde duurtijd van de psychologische interventies alsook met een gemiddeld aantal ingrepen per patiënt of voornaamste naaste. De duurtijd van de interventies bedraagt 45 minuten. Deze keuze laat toe de uitgevoerde interventies en onderliggende theoretische referenties “groepswijze” te beschouwen (individueel, familiaal, groep). Gemiddeld dertig interventies per kind of voornaamste naaste zijn hier beschouwd als zijnde het realistisch gemiddelde voor interventies in de pediatrische oncologie. Figuur 4 stelt een nauwe beschrijving voor van de redenering om het geraamd aantal patiënten en naasten aan wie jaarlijks zorgen zouden worden verstrekt, te berekenen.



Figuur 4. Schema van de redenering voor het beramen van het aantal kinderen met kanker en naasten die jaarlijks zorgverstrekkingen van een psycholoog zouden krijgen

Men schat dat er jaarlijks in België 250 nieuwe kankergevallen worden gediagnosticeerd, in een kinderbevolking. Zoals hierboven afgebeeld, beschouwt men in de hiernavolgende berekening 2 cijfers die op verschillende wijze zijn berekend. De eerste cijfer houdt rekening met het percentage van kinderen en voornaamste naasten die een psychologische hulp wensen; de tweede, zoals bij de volwassenen, met het percentage van kinderen of voornaamste naasten die een emotionele nood vertonen. Uit figuur 5 blijkt dat in functie van de gekozen parameter, per jaar, 47 à 93 kinderen en 91 à 154 voornaamste naasten, zorgverstrekkingen zouden moeten krijgen.



Figuur 5. Schema van de redenering voor het beramen van het aantal kinderen met kanker en naasten die jaarlijks zorgverstrekkingen vereisen

Aangezien het feit dat een psycholoog (100% EVB) in dit context jaarlijks aan 50 patiënten/voornaamste naasten zorgen kan verstrekken, zouden minimum 1 psycholoog (100% EVB) en idealiter 2 psychologen (100% EVB) kunnen instaan voor de begeleiding van de patiënten. Minimum 2 psychologen (100% EVB) en idealiter 3 psychologen (100% EVB) zouden kunnen zorgen verstrekken aan de voornaamste naaste van de patiënt, in de psycho-oncologie voor “kinderen”.

Berekening van de behoeften aan psychologen om specifieke doelstellingen in de diensten en eenheden van psycho-oncologie voor volwassenen en kinderen, te verwezenlijken

Zoals men kan vaststellen, komen in de berekening niet alle familieleden of naasten in aanmerking. Het accent is weloverwogen op het tweetal patiënt-naaste gelegd. De berekening groepeerde eveneens alle mogelijke evoluties van kankeraandoeningen, alle ontwikkelingsfasen (kinderjaren, adolescentie, volwassene, 3^{de} leeftijd en 4^{de} leeftijd). Deze groepering zou ter gelegenheid van de vijfjarige evaluaties van de behoeften moeten herzien worden. Het is immers voorbarig om tot een complexer model over te gaan. De berekening beraamt erg hypothetisch dat een volwassene patiënt en een naaste over gemiddeld 10 interventies zouden moeten genieten ter hoogte van de psycho-oncologische eenheden en dat een kind met kanker en een naaste over gemiddeld 30 interventies zouden moeten genieten. De potentiële tekortkomingen van deze hypothese zouden door de psychologen in de diensten voor psycho-oncologie kunnen verbeterd worden (zie hieronder).

Ter herinnering, de diensten voor psycho-oncologie zijn opgenomen in de instellingen die bevoegd zijn om “zorgprogramma’s” aan te bieden. Deze diensten moeten vanzelfsprekend beschikken over de psychologen aangewezen om psycho-oncologische prestaties te verstrekken. Om hun teamopdrachten te vervullen, zouden de diensten voor psycho-oncologie, naast hun team dat instaat voor de eenheden van psycho-oncologie, eveneens moeten kunnen genieten van een equivalent voltijdse betrekking (EVB) psychiater gespecialiseerd in de psycho-oncologie, van 5 EVB psychologen en van 1 EVB secretaris. Werkingskosten zouden eveneens voor deze teams moeten voorzien worden (70.000 euros/jaar). Deze werkingskosten dekken huurkosten en lasten, administratieve kosten, verplaatsingskosten, financiële lasten, onderaannemingskosten (informatica), afschrijvingskosten, opleidingskosten en diverse belastingen. Deze werkingskosten laten

eveneens toe om daadwerkelijk de complementariteit en de verbinding met de eenheden van psycho-oncologie, te verrichten.

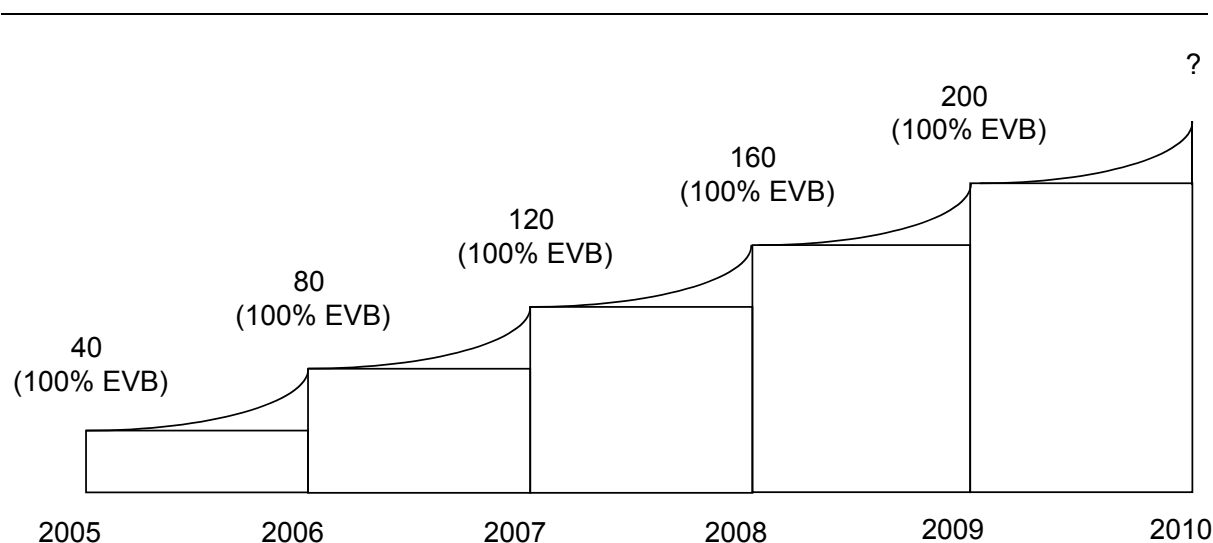
Men dient te onderlijnen dat de berekening die toelaat het kader van de eenheden van psycho-oncologie te bepalen, gegrond is op het aantal nieuwe kankergevallen per jaar in België, op het feit dat een verhouding van de patiënten en voornaamste naasten psychologische hulp wenst en/of een significante nood vertoont, en op het feit dat een EVB-clinici toelaat om per jaar aan 150 patiënten of voornaamste naasten zorgen te verstrekken. De bedrijvigheid van de diensten voor psycho-oncologie geeft gehoor aan de behoeften van een deel van de bevolking van kankerpatiënten die zorgverstrekkingen vereisen die de 10 voorziene interventies in deze berekening ruimschoots zouden kunnen overschrijden.

Berekening van de behoeften aan psychologen voor de netwerken die eenheden en diensten voor psycho-oncologie insluiten

De berekening van de behoeften aan psychologen in de verschillende eenheden van psycho-oncologie zal geschieden op basis van de MKG-bronnen eigen aan elke instelling (basisprogramma of zorgprogramma). De berekening van de behoeften aan psychologen in de verschillende diensten van psycho-oncologie zal geschieden op basis van de MKG-bronnen van elk netwerk om zodanig aan de behoeften van elke regio te beantwoorden.

Besluit

De aanbevelingen en berekeningen in dit hoofdstuk laten toe de grondslagen samen te stellen voor de ontwikkeling van een psycho-oncologie aangepast aan de behoeften van kankerpatiënten en hun naasten. De voorstellen organiseren het aanbod van psychologische prestaties ter hoogte van een netwerk van instellingen die “zorg –en basisprogramma’s” in de oncologie aanbieden. De voorstellen structureren de psycho-oncologische prestaties temidden van een netwerk van eenheden en diensten. Deze organisatie zou kunnen toelaten een werkwijze op te bouwen die tevens gericht zou zijn op de behoeften van patiënten en hun naasten, én op de intervisie –en opleidingsbehoeften van de professionelen zelf. De psycho-oncologische prestaties van de eenheden en diensten die in dit project voorkomen, leveren verscheidene zorgverstrekkingaanbiedingen aangepast aan de behoeften van patiënten en hun naasten.



2005: Herkenning van het werk uitgevoerd door 85 psychologen (50% EVB)

2005-2010: Ontwikkeling van een curriculum in de psycho-oncologie

2010: Herevaluatie van de behoeften om de 5 jaar

Figuur 6. Schema die een ontwikkeling op vijf jaar van de psycho-oncologie in België illustreert

De ontwikkeling van een psycho-oncologie die daadwerkelijk de behoeften van de patiënten en hun naasten tegemoet komt, vereist een intensieve opleiding van de psychologen tot een klinische praktijk die huidig nog niet op universitair niveau wordt onderwezen. Zulk een opleiding zou gecentraliseerd en gemeenschappelijk samengesteld moeten worden op een interuniversitair niveau in nauwe medewerking met de psychologen die in deze activiteitssector een aanvang zullen nemen. Een federale commissie bestaande uit leden van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, leden van ziekenhuisinstellingen en van universiteiten in het Vlaams en Frans gewest, zou toelaten de inhoud van de basisopleiding en van de bijscholing in de oncologie, te definiëren. Dit alles veronderstelt een progressieve ontwikkeling van de psycho-oncologie. Figuur 6 illustreert deze progressieve ontwikkeling. Het scheppen van 40 betrekkingen per jaar zou toelaten in het jaar 2010 de cijfer van 200 psychologen te

behalen, beschouwd als noodzakelijk om aan de behoeften van de patiënten en hun naasten te voorzien.

Bibliografische referenties

- Delvaux N, Merckaert I, Marchal S, *et al.* Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer* In press:2004
- Delvaux N, Razavi D, Marchal S, *et al.* Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Br J Cancer* 90:106-14, 2004
- Holland JC. Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology (Huntingt)* 11:109-14; discussion 15-7, 1997
- Holland JC. Practice guidelines in oncology. *NCCN v.1.2004:2004*
- Holland JC, Braun SG, Leigh SL, *et al.* Practice guidelines: patients' perspective. *Oncology (Huntingt)* 11:discussion 115-7, 1997
- Razavi D and Delvaux N: *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux.* Paris, Masson - Collection Médecine et Psychothérapie, 1998, 255
- Razavi D and Delvaux N: *Psycho-Oncologie: Le cancer, le malade et sa famille.* Paris, Masson - Collection Médecine et Psychothérapie, 1998, 263
- Razavi D, Delvaux N, Bredart A, *et al.* Screening for psychiatric disorders in a lymphoma out-patient population. *Eur J Cancer* 28A:1869-72, 1992
- Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, *et al.* Immediate effectiveness of brief psychological training for health professionals dealing with terminally ill cancer patients: a controlled study. *Soc Sci Med* 27:369-75, 1988
- Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, *et al.* Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 156:79-83, 1990
- Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, *et al.* Brief psychological training for health care professionals dealing with cancer patients: a one-year assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 13:253-60, 1991
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S, *et al.* Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *Br J Cancer* 87:1-7, 2002
- Razavi D, Merckaert I, Marchal S, *et al.* How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 3141-49, 2003
- Thornicroft G and Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 185:283-90, 2004

**Synthese van de voornaamste aanbevelingen voor de ontwikkeling
van de psycho-oncologie in België**

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft synthetisch een model van een organisatie van de psycho-oncologie dat elk persoon in dit domein betrokken de psychologische zorgverstrekking zou helpen optimaliseren. Dit model berust op een grotere samenwerking tussen de professionelen, de instellingen en op het centraal stellen van de plaats ingenomen door de patiënten maar eveneens door hun naasten. De grondslag van dit model is de articulatie tussen twee dienstverstrekkingsstructuren : de eenheden van psycho-oncologie en de diensten voor psycho-oncologie.

Eenheden van psycho-oncologie ontwikkelen

Wij zullen de eenheden van psycho-oncologie definiëren als zijnde de zorgverstreckende structuur die in elke ziekenhuis aanwezig zou moeten zijn. Een doeltreffende eenheid van psycho-oncologie dient wezenlijk deel uit te maken van het multidisciplinair team dat de patiënt en zijn naasten begeleidt, om alzo een systematische detectie en nodige behandeling van psychologische en psychopathologische stoornissen bij de patiënt en zijn naaste(n) toe te laten. Tabel 1 biedt een samenvatting aan van de doelstellingen van de psycho-oncologische interventies van deze eenheden voor psycho-oncologie.

Tabel 1: Doelstellingen van de interventies gemeenschappelijk in de eenheden en diensten voor psycho-oncologie

Primaire preventie : de ontwikkeling van psychologische en/of psychopathologische symptomen voorkomen d.m.v. een systematische hulpverstrekking aan alle patiënten en hun naasten in een bepaald context.

Secundaire preventie : het vroegtijdig behandelen van psychologische en psychopathologische stoornissen verbonden aan kanker, d.m.v. hun vroegtijdige en systematische opsporing.

Tertiaire preventie : nazorgen blijven verstrekken om verwickelingen te vermijden.

Informatie en ondersteuning: informatie en ondersteuning verstrekken aan niet-professionele interveniënten van de volksgezondheid die deel uitmaken van het medisch -of chirurgisch team met als doel hun vermogen te verbeteren om de psychologische en psychopathologische stoornissen te schatten, op te sporen en te behandelen.

Het model stelt voor het opstellen van een systematische detectie voor alle nieuwe patiënten in consultatie of hospitalisatie door het uitdelen aan hen van een zelfevaluatie « schaal » van de psychologische nood en de gewenste hulp (Holland, 2004). Onze resultaten wijzen aan dat, indien de familie aanwezig is, deze vaak de eerste hulpbron betekent voor de patiënt. Doeltreffende en gebruiksklare middelen zijn tegenwoordig beschikbaar in consultatie en in hospitalisatie (Razavi, D. *et al.*, 1990; Razavi, D. *et al.*, 1992; Holland, 1997; Holland *et al.*, 1997).

Diensten voor psycho-oncologie ontwikkelen

De zorgverstrekking aan de patiënt dient dus niet langer gericht te zijn op het ziekenhuis maar op de patiënt. De ideale zorgverstrekking betreffende de psychologische follow-up van de patiënt zou gekenmerkt zijn door de beschikbaarheid van interveniënten die de patiënt zouden begeleiden in functie van de zorgen die zijn ziekte vereist, in het ziekenhuis of thuis. De ontwikkeling van de diensten voor psycho-oncologie zou deze follow-up op stand kunnen brengen. Wij zullen een dienst voor psycho-oncologie definiëren als zijnde elke bestaande dienst in instellingen die bevoegd zijn om “zorgprogramma’s” aan te bieden, waarbij een psychiater, psychologen en andere professionelen van de geestesgezondheid betrokken zijn en die op specifieke wijze deelnemen aan de zorgverlening van kankerpatiënten en hun naasten. Deze dienst voor psycho-oncologie zou dezelfde doelstellingen nastreven als in de verschillende eenheden van psycho-oncologie, met toevoeging van specifieke doelstellingen en interventies (zie tabel 2).

Tabel 2 : Doelstellingen van de interventies eigen aan de diensten voor psycho-oncologie

Informatie : voor huisartsen, specialisten maar eveneens **voor patiënten en naasten** betreffende de beschikbare psychologische ondersteuning in de verschillende ziekenhuizen.

Opvoeding : voor een preventie van angst en depressie (pré -en postoperatief, beenmergtransplantatie, stoma’s, pijn, enz.).

Consultaties : voor patiënten in behandeling, in remissie of genezen, alsook voor hun naasten met als doel zorgen te verstrekken i.v.m. specifieke moeilijkheden zoals de aanpassing aan de remissieperiodes, ingewikkelde rouw, enz.

Organisatie van groepsgesprekken : voor patiënten en hun naasten, alsook voor de leden van de medische-chirurgische teams.

Organisatie van begeleidingsgroepen rondom verlies en behandeling van ingewikkelde rouw : voor de naasten die aanpassingsmoeilijkheden ondervinden rondom het verlies of voor de behandeling van rouw met psychologische en psychopathologische verwickelingen.

Organisatie van intervisies, supervisies en opleidingen : voor psychologen, psychiaters en «andere» professionelen van de geestesgezondheid.

Organisatie van de verbinding tussen de eenheden en diensten voor psycho-oncologie : om de complementariteit te waarborgen met de eenheden van psycho-oncologie.

Andere aanbevelingen

Standaarden voor de zorgverstrekking ontwikkelen

Registratie van de activiteiten van de interveniënten ontwikkelen

Ontwikkelen van een vijfjarige evaluatie van de behoeften van de patiënten, hun naasten en het verzorgend personeel

Opleidingsprogramma's ontwikkelen bestemd voor psychologen, psychiaters en geestesgezondheidsdeskundigen werkzaam in de oncologie

Opleidingsprogramma's ontwikkelen bestemd voor artsen, verple(e)g(st)ers en paramedici om de emotionele nood beter te herkennen en om bekwaamheden te verwerven op het gebied van evaluatie, informatie en ondersteuning

Opleidingsprogramma's ontwikkelen voor de opleiders

Berekening van de behoeften aan psychologen in de eenheden en diensten voor psycho-oncologie

Berekening van de behoeften aan psychologen om gemeenschappelijke doelstellingen te verwezenlijken in de diensten en eenheden van psycho-oncologie voor "volwassenen" en "kinderen"

De behoeften berekenen voor de eenheden van psycho-oncologie impliceert de keuze van een bepaald aantal parameters. De hieronder genomen keuzen berusten op beschouwingen die onmiddellijk uit de studie voortvloeien : indeling van de weekuurrooster van de activiteiten van een psycholoog en aantal patiënten en voornaamste naasten die zorgverstrekingen vereisen.

Om de behoeften te berekenen van psychologen noodzakelijk om gemeenschappelijke doelstellingen na te streven in de diensten en eenheden van psycho-oncologie voor "volwassenen" en "kinderen", hoort men rekening te houden met een gemiddelde duurtijd van de psychologische interventies alsook met een gemiddeld aantal ingrepen per patiënt of voornaamste naaste. De duurtijd van de interventies bedraagt 45 minuten. Gemiddeld tien interventies per patiënt of voornaamste naaste zijn hier beschouwd geweest als een realistisch gemiddelde in de psycho-oncologie voor "volwassenen". Zoals de resultaten van de studie aantonen, kan een psycholoog die voltijds werkt 33 interventies van 45 minuten per week verrichten, hetgeen overeenkomt met 1485 interventies per jaar voor 45 werkweken. Een psycholoog die 10 interventies per patiënt/naaste uitvoert is dus in staat om jaarlijks aan 150 patiënten/naasten zorgen te verstrekken.

Men schat dat er jaarlijks in België 50.000 nieuwe kankergevallen worden gediagnosticeerd, in een volwassene bevolking. De berekening van de behoeften aan psychologen beschouwt 2 cijfers die op verschillende wijze zijn berekend. De eerste cijfer houdt rekening met het percentage van personen die een psychologische hulp wensen; de tweede, met het percentage van volwassene personen of voornaamste naasten die een emotionele nood vertonen. De resultaten van de studie tonen aan dat er onder de patiënten 18,9% hulp wensen en 50,4% in nood verkeren. Ze tonen aan dat er onder de naasten 18,2% hulp wensen en 53,9% in nood verkeren. Naargelang de beschouwde parameter zouden jaarlijks in de psycho-oncologie voor "volwassenen" aan 9450 à 25.200 nieuwe patiënten en aan 9100 à 26.950 nieuwe naasten zorgen verstrekt moeten worden.

Aangezien het feit dat een psycholoog (100% EVB) jaarlijks aan 150 patiënten/voornaamste naasten zorgen kan verstrekken, zouden minimum 63 psychologen (100% EVB) en idealiter 168 psychologen (100% EVB) kunnen instaan voor de begeleiding van de nieuwe patiënten. Minimum 61 psychologen (100% EVB) en idealiter 180 psychologen (100% EVB) zouden zorgen kunnen verstrekken aan de voornaamste naaste van de patiënt in de psycho-oncologie voor “volwassenen”.

Om de behoeften te berekenen aan psychologen noodzakelijk om gemeenschappelijke doelstellingen na te streven in de diensten en eenheden van psycho-oncologie voor kinderen, werd de gemiddelde duurtijd van de interventies eveneens op 45 minuten vastgelegd. Gemiddeld dertig interventies per kind of voornaamste naaste zijn hier beschouwd geweest als een realistisch gemiddelde voor interventies in de pediatrie oncologie. Zoals de resultaten van de studie aantonen, kan een psycholoog die voltijds werkt 33 interventies van 45 minuten per week verrichten, hetgeen overeenkomt met 1485 interventies per jaar voor 45 werkweken. Een psycholoog die 30 interventies per patiënt/naaste uitvoert is dus in staat om jaarlijks aan 50 patiënten/naasten zorgen te verstrekken.

Men schat dat er jaarlijks in België 210 nieuwe kankergevallen worden gediagnosticeerd, in een kinderbevolking. Zoals hierboven, beschouwt men in de hiernavolgende berekening 2 cijfers die op verschillende wijze zijn berekend. De eerste cijfer houdt rekening met het percentage van kinderen en voornaamste naasten die een psychologische hulp wensen; de tweede, met het percentage van kinderen of voornaamste naasten die een emotionele nood vertonen. De resultaten van de studie tonen aan dat er onder de kinderen 18,9% hulp wensen en 37,2% in nood verkeren. Zij tonen aan dat er onder de naasten 36,5% hulp wensen en 61,8% in nood verkeren. In functie van de gekozen parameter zouden jaarlijks in de psycho-oncologie voor “kinderen” aan 47 à 93 nieuwe patiënten en aan 91 à 155 nieuwe naasten zorgen verstrekt moeten worden.

Aangezien het feit dat een psycholoog (100% EVB) in dit context jaarlijks aan 50 patiënten/voornaamste naasten zorgen kan verstrekken, zouden minimum 1 psycholoog (100% EVB) en idealiter 2 psychologen (100% EVB) kunnen instaan voor de begeleiding van de patiënten. Minimum 2 psychologen (100% EVB) en idealiter 3 psychologen (100% EVB) zouden zorgen kunnen verstrekken aan de voornaamste naaste van de patiënt in de psycho-oncologie voor “kinderen”.

Berekening van de behoeften aan psychologen om specifieke doelstellingen in de diensten voor psycho-oncologie voor volwassenen en kinderen, te verwezenlijken

Zoals men kan vaststellen, komen in de berekening niet alle familieleden of naasten in aanmerking. Het accent is weloverwogen op het tweetal patiënt-naaste gelegd. De berekening groepeerde eveneens alle mogelijke evoluties van kankeraandoeningen, alle ontwikkelingsfasen (kinderjaren, adolescentie, volwassene, 3^{de} leeftijd en 4^{de} leeftijd). Deze groepering zou ter gelegenheid van de vijfjarige evaluaties van de behoeften moeten herzien worden.

Ter herinnering, de diensten voor psycho-oncologie integreren zich in de instellingen die bevoegd zijn om “zorgprogramma’s” aan te bieden. Deze diensten moeten vanzelfsprekend beschikken over de psychologen aangewezen om psycho-oncologische prestaties te verstrekken. Om hun teamopdrachten te vervullen zouden de diensten voor psycho-oncologie, naast hun team dat instaat voor de eenheden van psycho-oncologie, eveneens moeten kunnen genieten van een equivalent voltijdse betrekking (EVB) psychiater gespecialiseerd in de psycho-oncologie, van 5 EVB psychologen en van 1 EVB secretaris. Werkingskosten zouden eveneens voor deze teams moeten voorzien worden (70.000

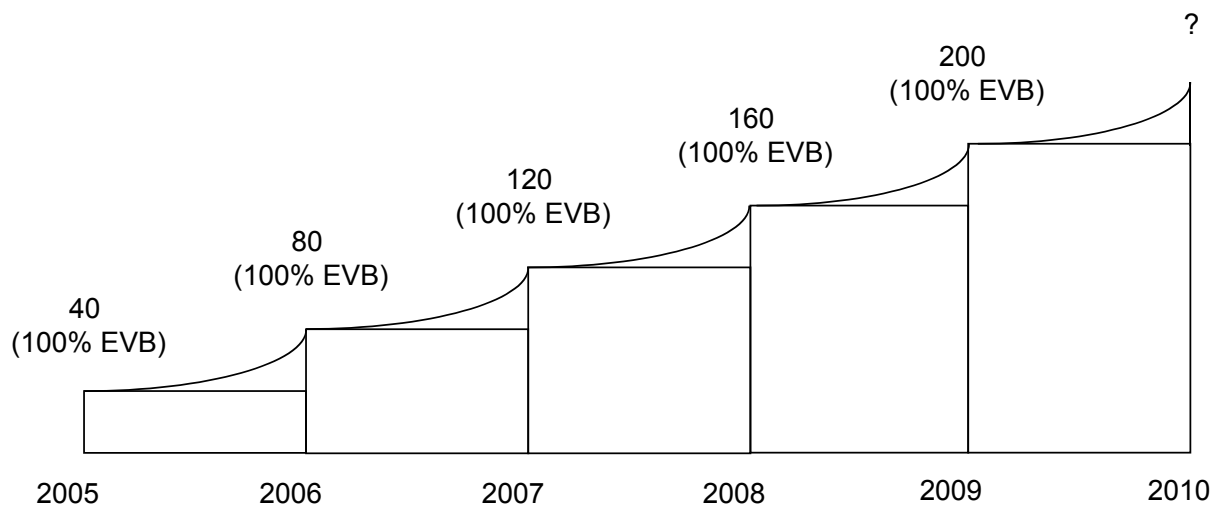
euros/jaar). Deze werkingskosten dekken huurkosten en lasten, administratieve kosten, verplaatsingskosten, financiële lasten, onderaannemingskosten (informatica), afschrijvingskosten, opleidingskosten en diverse belastingen. Deze werkingskosten laten eveneens toe om daadwerkelijk de complementariteit en de verbinding met de eenheden van psycho-oncologie te verrichten.

Berekening van de behoeften aan psychologen voor de netwerken die eenheden en diensten voor psycho-oncologie insluiten

De berekening van de behoeften aan psychologen in de verschillende eenheden van psycho-oncologie zal geschieden op basis van de MKG-bronnen eigen aan elke instelling (basisprogramma of zorgprogramma). De berekening van de behoeften aan psychologen in de verschillende diensten van psycho-oncologie zal geschieden op basis van de MKG-bronnen van elk netwerk om zodanig aan de behoeften van elke regio te beantwoorden.

Besluit

De aanbevelingen organiseren het aanbod van psychologische prestaties ter hoogte van een netwerk van instellingen die “zorg –en basisprogramma’s” in de oncologie aanbieden. Dit alles veronderstelt een progressieve ontwikkeling van de psycho-oncologie. Figuur 1 illustreert deze progressieve ontwikkeling. Het scheppen van 40 betrekkingen per jaar zou toelaten in het jaar 2010 de cijfer van 200 psychologen te behalen, beschouwd als noodzakelijk om aan de behoeften van de patiënten en hun naasten te voorzien.



2005: Herkenning van het werk uitgevoerd door 85 psychologen (50% EVB)

2005-2010: Ontwikkeling van een curriculum in de psycho-oncologie

2010: Herevaluatie van de behoeften om de 5 jaar

Figuur 6. Schema die een ontwikkeling op vijf jaar van de psycho-oncologie in België illustreert

Bibliografische referenties

Holland JC. Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology (Huntingt)* 11:109-14; discussion 15-7, 1997

Holland JC. Practice guidelines in oncology. *NCCN v.1.2004:2004*

Holland JC, Braun SG, Leigh SL, *et al.* Practice guidelines: patients' perspective. *Oncology (Huntingt)* 11:discussion 115-7, 1997

Razavi D, Delvaux N, Bredart A, *et al.* Screening for psychiatric disorders in a lymphoma out-patient population. *Eur J Cancer* 28A:1869-72, 1992

Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, *et al.* Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 156:79-83, 1990