

**MARIJE VAN DER LEE,  
VAN HET HELEN DOWLING INSTITUUT**

**“Lit enit quiam assum quam fuga.  
Nam alicatin pa por as volendit ex etus  
doluptaquo volore, sequaerit et pra sam lab  
imincie nditati cor res ilitorunt quam  
volestis eatiorro optiorentia qui ommos.”**



Door Prof. dr. Marije van der Lee<sup>1,2</sup>  
CANCERCARE 2025;1:3-8

# Evolutie van de psychosociale oncologie: van effect onbekend tot personalisatie door technologie

## Trefwoorden:

Digitale zorg  
Handboek  
Netwerkbenadering  
Psychologie  
Psychosociale oncologie

Afgelopen november vierde het Cédric Hèle Instituut (CHI) zijn 20-jarig bestaan tijdens het jaarlijkse CHI-congres. Ditmaal werden een aantal interessante presentaties gegeven binnen het thema 'Stof tot Groeien.' Het CHI is het Vlaams instituut voor Psychosociale Oncologie en werkt structureel samen met Kom op tegen Kanker. Eén van de experts die een lezing gaf was [prof. dr. Marije van der Lee](#) van het Helen Dowling Instituut (HDI) in Nederland. Net als in het CHI wordt in het HDI psychologische zorg geboden aan patiënten met kanker. Marije gaf tijdens het CHI 2024-congres een presentatie over de evolutie van de psychosociale oncologie.

In dezelfde periode als de oprichting van het CHI – ongeveer 20 jaar geleden – werd het eerste handboek voor professionals werkzaam in de psychosociale oncologie gepubliceerd door Hanneke de Haes, Leo Gualthérie van Weezel en Robbert Sanderman. De Haes was hoogleraar en had zelf borstkanker gehad, waarbij ze had gemerkt

hoe belangrijk de communicatie tussen zorgverleners en patiënten is. Er moest meer aandacht komen voor het psychosociale aspect van kanker, concludeerde ze. Samen met collega-psychiaters Van Weezel en Sanderman besloot ze een handboek op te stellen, waarin voor het eerst een aantal theoretische modellen en casussen uit psychosociale oncologie werden gepresenteerd.

## EVOLUTIE VAN HET HANDBOEK

De eerste versie van het handboek kwam uit in 2001 en werd opgevolgd door geüpdatete versies in 2009, 2017 en 2022. Door nieuwe wetenschappelijke inzichten en de daaruit voortkomende professionalisering van het vakgebied ontstond er door de jaren heen behoefte aan revisie van de inhoud van het handboek. Ten tijde van de eerste versies werd de effectiviteit van psychologische behandelingen nog in twijfel getrokken, terwijl de werkzaamheid van deze interventies ondertussen overtuigend is aangetoond. Daarnaast is er sinds 2001 veel veranderd wat betreft de situatie van patiënten met

<sup>1</sup>Helen Dowling Instituut, Bilthoven, Nederland

<sup>2</sup>Tilburg University, Tilburg, Nederland

**Belangenconflict:** geen gemeld. **Financiële ondersteuning:** geen gemeld.

**Correspondentie graag richten aan:** [mvanderlee@hdi.nl](mailto:mvanderlee@hdi.nl)





kanker. Waar kanker vroeger meestal een doodsvonnis was en de behandeling extreem zwaar was, is dat nu veel minder het geval. Ook was er in de eerste twee edities van het handboek weinig aandacht voor de sociale en culturele context van kanker.

Vanaf de 3<sup>e</sup> editie (2017) bevat het handboek een hoofdstuk over de communicatie tussen patiënten en hulpverleners. Daarnaast kwam er aandacht voor diversiteit in de zorg, ouderen met kanker, e-health, experiëntiële therapie, een richtlijn voor patiënten met een aanpassingsstoornis, zorgmodellen, complementaire en alternatieve zorg. In de meest actuele versie van het handboek (2022) wordt nog meer aandacht besteed aan de mogelijkheden van technologie én de toenemende rol van eerstelijnszorg binnen de psychosociale oncologie. Succesvolle screening, nieuwe behandelingen en vergrijzing zullen het aantal patiënten met kanker hard doen stijgen, en die zorgvraag zal op de een of andere manier opgevangen moeten worden. Technologie en meer zorg in de eerste lijn zullen daar hopelijk aan bijdragen.

#### **'FACE-TO-FACE' OF VIA INTERNET?**

Een veel gezien en onderzocht psychosociaal symptoom bij kanker is vermoeidheid. Therapie kan daarbij helpen, maar patiënten die vermoeid zijn reizen liever niet te ver om behandeld te worden. Al toen het internet in opkomst was, besloten wij om een internetvariant te maken van de Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (MBCT). Vervolgens hebben we onderzocht of deze digi-

tale variant van MBCT even effectief is als de traditionele variant, waarbij mensen de behandeling in groepsverband ondergaan. Op de korte termijn bleek digitale MBCT inderdaad net zo goed te werken als MBCT in een groep.<sup>1</sup>

Om ook de langetermijneffecten van digitale MBCT te onderzoeken, hebben we een langere studie uitgevoerd. Namelijk met een follow-upperiode van 9 maanden.<sup>2</sup> Aan het eind van het onderzoek bleek dat de patiënten die digitaal behandeld werden een nog grotere afname in angst en depressie vertoonden dan de patiënten die op de traditionele manier met MBCT werden behandeld. Waarschijnlijk kwam dit doordat de patiënten gewend waren geraakt aan het thuis doen van de mindfulness-oefeningen, waardoor dit veel meer geïntegreerd was in hun dagelijks leven en ze langer bleven oefenen met mindfulness.

#### **GEEN 'ONE SIZE FITS ALL'**

Toch bleek uit het onderzoek ook dat de digitale therapie niet bij alle patiënten goed werkt. Niet alle patiënten zaten te wachten op digitale therapie, waardoor een specifieke groep patiënten die toegewezen was aan digitale MBCT ofwel niet aan de therapie begon, of er snel mee stopte. Toen wij onderzochten welke patiënten dit precies waren, bleken dit patiënten te zijn die voorafgaand aan de therapie veel angst hadden voor terugkeer van de kanker. Hoewel digitale MBCT gemiddeld genomen dus effectiever is dan traditionele MBCT, is dat niet voor elke patiënt het geval.

Daar is een kloof ontstaan tussen de wetenschap en de praktijk. Gerandomiseerde studies, zoals de eerdergenoemde onderzoeken, gaan altijd over groepsgegevens. Maar wanneer wij een patiënt tegenover ons hebben in de praktijk, is dat een individu. En individuen zijn nooit precies gemiddeld. Daardoor is het best uitdagend om de kennis die we opdoen in onderzoek te vertalen naar de patiënten die we behandelen. Leren welke interventie werkt voor welke patiënt is dan ook de volgende stap in het onderzoek in de psychosociale oncologie.<sup>3</sup>

**“Aciet lam ut volut fugit, aut est et est optatem qui veliqua ecaboru ptatiam landi ulparum aut del ipsa que volorer spienime il ilignima audaere ssequo endem quia ea.”**



## “Aciet lam ut volut fugit, aut est et est optatemqui veliqua um aut del ipsa que volorer spienime il ilignima audaere ssequo endem quia ea.”

### NETWERKBENADERING

Eén van de nieuwste visies op psychologische klachten is de netwerkbenadering. De netwerkbenadering is een psychologische theorie die is ontwikkeld door hoogleraar Denny Borsboom en stelt dat psychische stoornissen veroorzaakt worden door een netwerk van psychologische klachten. Voorheen gingen we ervan uit dat een aandoening, zoals een depressie of angststoornis, één bepaalde oorzaak heeft. Volgens de netwerkbenadering versterken de verschillende klachten die bij een aandoening horen elkaar, waardoor er geen sprake is van één achterliggende verklaring. Patiënten komen daarentegen in een netwerk van elkaar versterkende klachten terecht.

Neem vermoeidheid maar als voorbeeld. Vermoeidheid na kanker is een complex probleem, met medische én gedragsaspecten. Zo weten we dat slaap invloed heeft op vermoeidheid, maar ook stemming en fysieke activiteit beïnvloeden vermoeidheid. In onderzoeken naar vermoeidheid bekeken we deze factoren eerst los van elkaar, terwijl ze eigenlijk met elkaar in verbinding staan. We weten bijvoorbeeld dat de kwaliteit van de slaap een directe invloed heeft op de stemming. Ook de hoeveelheid fysieke activiteit van een patiënt heeft invloed op diens stemming. De situatie is dus veel complexer dan werd gedacht, omdat alle factoren elkaar kunnen beïnvloeden. Volgens de netwerkbenadering versterken de verschillende klachten elkaar wanneer iemand vastzit in vermoeidheid.

### ENERGIE INZICHT-APP

Samen met m-Path van de KU Leuven hebben we een app ontwikkeld die inspeelt op deze netwerkbenadering, genaamd de Energie Inzicht-app. Deze app bevat een aantal vragen waarvan duidelijk is dat ze relevant

zijn voor het meten van het verbeteren of verergeren van vermoeidheid. Patiënten waarbij tijdens de intake blijkt dat ze last hebben van ernstige vermoeidheid worden uitgenodigd om gebruik te maken van de app. Daarbij vullen ze gedurende drie weken een korte vragenlijst in, vijf keer per dag. De vragen gaan bijvoorbeeld over het energieniveau van de deelnemer op dat moment, hoe actief ze zijn geweest, of ze zich schuldig voelen en over hun stemming.

Na drie weken krijgt de patiënt in gesprek met de therapeut feedback over de verzamelde gegevens. Dat gesprek met de therapeut is cruciaal, omdat de therapeut een holistische theorie kan opstellen op basis van de hele casus van een patiënt, de netwerkmetingen zijn een onderdeel daarvan. Die metingen in het dagelijks leven gaan alleen over factoren die dynamisch zijn, die samen met de vermoeidheid af- en toenemen gedurende de drie weken. En het netwerk tussen de klachten is voor elke patiënt anders. Die complexiteiten maken het belangrijk om de gegevens samen met een therapeut te bekijken.

In een casusstudie heeft onze patiënt, genaamd Sylvia, de app 100 dagen lang ingevuld.<sup>4</sup> Dat is dus een stuk langer dan de gebruikelijke drie weken. Wanneer we naar Sylvia's gegevens keken werd duidelijk dat zij bij gevoelens van vermoeidheid het idee had dat ze niet goed genoeg voor zichzelf had gezorgd. Daar voelde ze zich vervolgens schuldig en hopeloos over. Acceptatie bleek een cruciale knoop te zijn in haar netwerk. Daarom is haar therapie zo ingedeeld dat de focus lag op het accepteren van haar situatie. Sylvia gaf aan dat het invullen van de vragen en de terugkoppeling haar meer vertrouwen gaven in deze focus van de daaropvolgende behandeling.

### VERTROUWEN

De vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener is essentieel. Bij een kankerdiagnose heerst er vaak een gevoel van haast, waardoor patiënten vrijwel blind moeten vertrouwen op hun zorgverleners. Ze hebben nu eenmaal niet de tijd om hen beter te leren kennen.

**“Aciet lam ut volut fugit, aut est et est optatemqui veliqua ecaboru ptatiam landi ulparum aut del ipsa que volorer spienime il ilignima audaere ssequo endem quia ea.”**

Uit onderzoek is gebleken dat vooral de zorgzaamheid van de zorgverlener belangrijk is voor het creëren van vertrouwen.<sup>5</sup> Daarnaast zijn deskundigheid en openheid van groot belang. Wat betreft de communicatie blijkt vooral de non-verbale communicatie essentieel voor het uitstralen van zorgzaamheid. Een hulpverlener die rustig oogcontact maakt, kweekt vertrouwen. De lichaamshouding, mate van glimlachen en het toegeven van onzekerheden door de zorgverlener hebben geen invloed op het onderlinge vertrouwen.

#### GEHECHTHEID

Maar er zijn ook factoren aan de kant van de patiënt die het onderlinge vertrouwen beïnvloeden. Oudere mensen hebben bijvoorbeeld meer vertrouwen in een zorgverlener dan jonge mensen. Daarnaast heeft de opleiding van de patiënt invloed: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe minder vertrouwen. Tot slot heeft de gehechtheidspositie van patiënten invloed op hun vertrouwen richting zorgverleners.

Mensen met gehechtheidsangst vertrouwen zichzelf niet goed, terwijl mensen met gehechtheidsvermijding anderen niet snel vertrouwen. Wanneer deze mensen in een kwetsbare positie terechtkomen – zoals na een kankerdiagnose – zie je dat ze minder vertrouwen hebben in zorgverleners dan mensen met een veilige gehechtheid. Daarnaast zijn de psychologische behan-

deltrajecten van mensen met een veilige gehechtheid korter dan mensen die angstig of vermijding hecht zijn, waarschijnlijk omdat ze sneller vertrouwen hebben in hun therapeut.

#### NON-VERBALE COMMUNICATIE

Dat non-verbale communicatie belangrijk is, bleek ook tijdens de COVID-pandemie.<sup>6</sup> Toen werd veel psychosociale zorg geleverd via beeldbellen. Achteraf hebben we onze patiënten en therapeuten gevraagd naar hun ervaringen bij het overgaan van ‘face-to-face’-therapie naar een behandeling via beeldbellen. Hoewel patiënten opgelucht waren dat hun behandeling door kon gaan, gaven ze aan dat ze de non-verbale communicatie gemist hadden. In een ‘face-to-face’-gesprek zou de therapeut hun emoties via non-verbale communicatie sneller hebben opgemerkt, maar door het beeldbellen viel dat weg.

Mensen zijn een sociale diersoort en uiten daardoor veel emoties, maar vaak gebeurt dat onbewust. Wanneer een patiënt en therapeut samen in een kamer zitten, spiegelen ze elkaar dan ook onbewust. Er ontstaat een synchronisatie tussen beide personen, wat vervolgens het gedrag, de samenwerking en het onderlinge vertrouwen verbetert. Hoe meer spiegeling en synchronisatie, hoe groter het vertrouwen en hoe beter de therapeutische relatie.

#### TOEKOMST

##### JUST IN TIME ADAPTIVE INTERVENTIONS (JITAI)

Zoals eerder benoemd komen er steeds meer mensen met kanker, die allemaal geholpen moeten worden. We kunnen niet zonder ‘face-to-face’-therapie, maar technologie kan ons wel helpen om behandelingen eerder af te ronden. Bijvoorbeeld door patiënten te ondersteunen met een digitale tweeling van hun therapeut. Daarmee hebben patiënten hun therapeut altijd in digitale vorm bij zich, zodat ze hulp kunnen krijgen wanneer ze stress ervaren. Dit soort Just In Time Adaptive Interventions (JITAI) zijn nu nog toekomstmuziek. Eerst moet onder-

## AANWIJZINGEN VOOR DE PRAKTIJK

1. Technologie zal psychosociale therapie veel breder toegankelijk maken voor patiënten met kanker, maar zal 'face-to-face'-therapie niet volledig vervangen.
2. Daarnaast maakt technologie het mogelijk om therapie te personaliseren op basis van de eigenschappen van het individu.
3. Vertrouwen tussen patiënt en hulpverlener is de basis van psychosociale groei.
4. Psychologen en andere zorgverleners moeten betrokken worden bij technologische ontwikkelingen, omdat zij veel waardevolle kennis kunnen bijdragen.

zocht worden voor welke patiënten dit werkt en wanneer. Sommige patiënten zullen altijd een 'face-to-face'-behandeling nodig hebben, omdat het kalmerende effect van de aanwezigheid van een therapeut niet digitaal over te brengen is.

### REFERENTIES

1. Compen F, Bisseling E, Schellekens M, et al. Face-to-face and internet-based mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2018;36:2413-21.
2. Cillessen L, Schellekens MPJ, Van de Ven MOM, et al. Consolidation and prediction of long-term treatment effect of group and online mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients. *Acta Oncol* 2018;57:1293-302.
3. Fisher AJ, Medaglia JD, Jeronimus BF. Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 2018;115:E6106-15.
4. Schellekens MPJ, Bootsma TI, Van Woezik RAM, et al. Personalizing psychological care for chronic cancer-related fatigue: a case study on symptom dynamics. *J Pers Oriented Res* 2021;7:1-13.
5. Hillen MA, De Haes HCJM, Stalpers LJA, et al. How can communication by oncologists enhance patients' trust? An experimental study. *Ann Oncol* 2014;25:896-901.
6. Van der Lee ML, Schellekens MPJ. Bridging the distance: Continuing psycho-oncological care via video-consults during the COVID-19 pandemic. *Psychooncology* 2020;29:1421-3.