



Maatschappelijke Business Case

Interventies gericht op vermindering van
angstige- en depressieve gevoelens
bij mensen met kanker

Juni 2018



Sinzer
Value what matters

In opdracht van KWF Kankerbestrijding



Colofon

© 2018 Sinzer en KWF Kankerbestrijding

Dit rapport is geschreven in het kader van het project 'maatschappelijke Business Case – Interventies gericht op Kwaliteit van Leven'. Het project is uitgevoerd in opdracht van KWF Kankerbestrijding.

Auteurs

Nelline Roest-Boers, Social Impact Consultant, Sinzer
Vincent Belgraver, Social Impact Consultant, Sinzer

In samenwerking met

Expertgroep

Eline Tuyn	CZ
Marieke Moss-Lub	Medisch Centrum Haaglanden
Prof. Dr. Anne Speckens	Hoogleraar psychiatrie, Radboud Centrum voor Mindfulness
Dr. Melanie Schellekens	Postdoc onderzoeker, Radboud Centrum voor Mindfulness
Else Bisseling	Psychiater, Radboud Centrum voor Mindfulness
Félix René Compen	Gedragswetenschapper, Radboud Centrum voor Mindfulness
Prof. Dr. Irma Verdonck	Hoogleraar Psychosociale Oncologie, VU Medisch Centrum en Vrije Universiteit Amsterdam
Dr. Femke Jansen	Postdoc onderzoeker, Vrije Universiteit Amsterdam
Drs. Paula Papa	Ingeborg Douwes Centrum
Drs. Wim Kraay	Ingeborg Douwes Centrum
Sabrina Timmers, MSc	Public Affairs Consultant Nationaal, KWF
Margreet Verboom, MBA	Beleidsmedewerker Betere kwaliteit van leven, KWF

Selectiecommissie

Ida Korfage
Dr. Gerda van der Weele
Prof. Dr. Joost Dekker
Dr. Joost van der Sijp
Danny Lips, MSc
Prof. Dr. Robbert Sanderman
Cornelie Bierens – de Haan
Drs. Etje Verhagen – Krikke
Peter Koopman
Leo van Weezel, psychiater, psychotherapeut

Illustratie

© KWF Kankerbestrijding, foto: Henriëtte

Meer informatie over deze publicatie

Heeft u vragen naar aanleiding van deze publicatie? Neem dan gerust contact met ons op.

KWF | Margreet Verboom, MBA
MVerboom@kwf.nl | www.kwf.nl

Sinzer | Marlon van Dijk, Directeur
marlon@sinzer.org | www.sinzer.org

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Managementsamenvatting	4
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding Maatschappelijke Business Case	6
1.2 Wat is een Maatschappelijke Business Case?	6
1.2.1 Verschil mBC en kostenutiliteitstudies	7
1.3 Proces	8
1.4 Leeswijzer	9
2. Probleemanalyse en Theory of Change	10
2.1. Het maatschappelijk probleem	10
2.2 Urgentie	10
2.3 De interventies	12
2.4 Verwachte effecten van ZGT en MBCT	12
2.5 Verwachte kostenbesparingen	14
3. Interventie 1: Zingevinggerichte groepstherapie	16
3.1 Wat is Zingevinggerichte groepstherapie?	16
3.1.1 Inhoud ZGT	16
3.1.2 Werkzame factoren van ZGT	16
3.1.3 Potentieel bereik van ZGT	17
3.1.4 Kosten van ZGT	17
3.2 Kwalitatieve effecten	17
3.2.1 Bewezen effecten voor de (ex-)kankerpatiënt	17
3.2.2 Verwachte effecten voor het sociaal steunsysteem	18
3.3 Kostenutiliteit van ZGT	18
3.4 Deelconclusie	19
4. Interventie 2: Mindfulness-Based Cognitieve Gedragstherapie	20
4.1 Wat is Mindfulness-Based Cognitieve Gedragstherapie (MBCT)?	20
4.1.1 Inhoud van MBCT	20
4.1.2 Werkzame factoren van MBCT	20
4.1.3 Potentieel bereik van MBCT	20
4.1.4 Kosten van MBCT	20
4.2 Kwalitatieve effecten	21
4.2.1 Bewezen effecten voor de (ex-)kankerpatiënt	21
4.2.2 Verwachte effecten voor het sociaal steunsysteem	22
4.3 Kostenutiliteit MBCT	22
4.4 Deelconclusie	23
5. Maatschappelijke effecten	24
5.1 Minder zorggebruik	24
5.2 Minder beroep op de Wet maatschappelijke ondersteuning	25
5.3 Minder verzuim en verloren werkuren	25
5.4 Minder uitkeringen	26
6. Conclusie	28
6.1 Effecten en kostenutiliteit ZGT	28
6.2 Effecten en kostenutiliteit MBCT	28
6.3 Verwachte maatschappelijke effecten	28
6.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek	29
Bronvermelding	31
Bijlagen	35
Bijlage 1: Overzicht van uitgevraagde kostenposten – Zingevinggerichte Groepstherapie	35
Bijlage 2: Resultaten MBCT	35

Voorwoord

Dank aan álle mensen die hebben bijgedragen aan dit rapport. Vanuit betrokkenheid, het gevoel van urgentie en de relevantie hebben veel mensen vrijwillig bijgedragen. Mensen met en na kanker, zorgprofessionals, onderzoekers én zorgverzekeraars hebben gezamenlijk gewerkt aan het genereren van deze kennis. Dank ook aan de medewerkers van Sinzer, met name aan Nelline Roest voor de nauwgezette rapportage.

Kanker is een maatschappelijk probleem dat de hele samenleving raakt. De bestrijding van kanker en de gevolgen daarvan zijn dan ook een maatschappelijke opdracht. KWF pakt deze handschoen op en draagt bij aan het genereren van kennis.

Bekend is dat er *evidence-based* interventies zijn die leiden tot minder angstige- en depressieve gevoelens. Nu weten we ook dat bij Zingevinggerichte Groepstherapie en bij Mindfulness-Based Cognitieve Therapie de potentiële opbrengsten hoger zijn dan de kosten. We hopen dat dit rapport aanleiding is voor veel maatschappelijke organisaties om de handschoen gezamenlijk op te pakken. Met als doel dat minder mensen met kanker last hebben van angstige- en depressieve gevoelens.

Samen komen we steeds dichterbij.

Namens KWF
Margreet Verboom, MBA

Managementsamenvatting

Kanker is een veel voorkomende ziekte met verstrekende gevolgen. Jaarlijks krijgen 108.400 Nederlanders de diagnose kanker. In 2016 bedroeg het aantal mensen dat leeft met kanker 790.000. Steeds meer mensen blijven langer leven door verbeterde diagnostiek en behandeling. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 64% van de (ex-)kankerpatiënten kampt met angstige- en depressieve gevoelens als gevolg van kanker. Dit heeft een negatieve invloed op de door hen ervaren gezondheid en kwaliteit van leven.

KWF Kankerbestrijding wil klachtenreductie faciliteren op het gebied van angstige- en depressieve gevoelens en de ervaren kwaliteit van leven van (ex-)kankerpatiënten bevorderen. Met het oog daarop zijn in dit rapport de effecten en kostenutiliteit van twee interventies, te weten *Meaning Centered Group Psychotherapy* ofwel Zingevinggerichte Groepstherapie (ZGT) en Mindfulness-Based Cognitieve Gedragstherapie (MBCT), in kaart gebracht.

Zingevinggerichte Groepsgerichte Therapie

ZGT is een geprotocolleerde behandeling bestaande uit acht sessies van twee uur met als doel het gevoel van zin- en/of betekenisgeving te behouden of te vergroten. De deelnemer wordt middels oefeningen en theoretische uitleg over zingeving in staat gesteld beter om te gaan met het leven na kanker. ZGT is bewezen effectief in het realiseren van een verbetering in persoonlijke zingeving, psychologisch welbevinden en in het aanpassingsvermogen aan kanker op de korte termijn. Bovendien leidt het tot een afname in angstige- en depressieve gevoelens op de lange termijn. Dientengevolge wordt ook door de expertgroep een afname in de zorglast voor de partner en in relatieproblemen verwacht.

Mindfulness-Based Cognitieve Gedragstherapie

MBCT is eveneens een 8 weken durende groepstherapie, bestaande uit een combinatie van Mindfulness – het met aandacht aanwezig zijn in het hier en nu zonder daaraan een oordeel te verbinden – en Cognitieve Gedragstherapie – het herkennen en veranderen van negatieve gedachte- en gedragspatronen. Zowel Groeps- als online MBCT is bewezen effectief in het verminderen van angstige en depressieve gevoelens en het verminderen van rumineren, en het verbeteren van de kwaliteit van leven, mindfulness vaardigheden en zelf-compassie.

Beide vormen van behandeling, ZGT en MBCT, leren op een gestructureerde manier negatieve gedachtepatronen te herkennen en los te laten, waardoor men handvaten ontwikkelt om effectiever om te gaan met angstige en depressieve gevoelens. Naast de bewezen effecten worden ook positieve effecten verwacht op het gebied van slaapstoornissen en vermoeidheid, moraal en positieve gezondheid. Door de expertgroep is de verwachting geuit dat er hierdoor eveneens effecten voor de maatschappij als geheel kunnen optreden.

Maatschappelijke effecten

Angstige- en depressieve gevoelens bij (ex-)kankerpatiënten leiden tot een toename aan zorggebruik. Wanneer deze klachten succesvol worden behandeld is een besparing op zorgkosten aannemelijk. Meer zingeving, mindfulness vaardigheden en autonomie ten aanzien van de ziekte en hernieuwd zicht op de mogelijkheden die er wel zijn, stellen de (ex-) kankerpatiënt zelf in staat hun leven weer op te pakken. Dientengevolge wordt een afname van het beroep op Wet Maatschappelijke Ontwikkeling (Wmo) ondersteuning, arbeidsverzuim of een toename in productieve uren verwacht. De mate waarin deze effecten optreden is sterk afhankelijk van het ziektebeeld van de individuele patiënt en externe factoren, zoals iemands sociale netwerk of diens werkomgeving.

Kosten vs. baten

Op basis van de analyse van de kostenutiliteitsanalyse worden de kosten van ZGT begroot op EUR 288,- per deelnemer (indexjaar 2014). Wanneer de totale maatschappelijke kosten per deelnemer, waaronder zorggebruik, medicatie en huishoudelijke hulp, worden vergeleken met de totale kosten van deelnemers die care as usual (CAU) ondergingen, is er sprake van een gemiddelde kostenbesparing van EUR 812,- per patiënt (gebaseerd op een spreiding van EUR -2.830 tot EUR 1.350). In dit bedrag van EUR 812,- zijn de kosten van de interventie al verrekend. De kans dat ZGT zowel effectiever als goedkoper is dan CAU is 74%.

De kosten van MBCT bedragen EUR 299,- per deelnemer in de groepsvorm en EUR 331,- per deelnemer in online vorm. Voorlopige, nog te publiceren analyses van kosten en effecten over MBCT bij (ex)-kankerpatiënten stemmen positief. Er zijn gegevens verzameld over de directe zorgkosten (zorgconsumptie en medicatie) en indirecte medische posten (kosten door ziekteverzuim en presentieisme). Wanneer de maatschappelijke kosten in beide MBCT interventies worden vergeleken met deze kosten in de *Treatment as Usual* groep over de periode van start tot einde van de interventie, zien we gemiddelde kostenbesparing van EUR 2.676 (gebaseerd op een spreiding van EUR 4.576 tot EUR 777,-) in Groeps-MBCT en een gemiddelde kostenbesparing van EUR 2.606,- (gebaseerd op een spreiding van EUR 4.453 tot EUR 760,-) in Online MBCT ten opzichte van TAU.

Voor opname in het basispakket komen interventies mogelijk in aanmerking die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Deze moeten bij voorkeur bewezen effectief zijn, in de praktijk uitgevoerd kunnen worden en kunnen leiden tot minder maatschappelijke kosten. Beide interventies voldoen aan de gestelde voorwaarden. De interventie ZGT wordt momenteel gefinancierd via de GGZ-financiering. Daarvoor is een DSM-classificatie noodzakelijk¹.

¹ Op basis van de classificatie: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

1. Inleiding

1.1 Aanleiding Maatschappelijke Business Case

In 2016 kregen ruim 108.400 Nederlanders de diagnose kanker, 2.500 patiënten meer dan in 2015. Het aantal mensen dat in de afgelopen twintig jaar de diagnose kanker heeft gekregen en nog in leven is, staat hier mee op 790.000 (IKNL, 2017). Kanker is dus een veel voorkomend en verstrekkend probleem. Jaarlijks sterven er zo'n 45.000 mensen aan de gevolgen van de ziekte (Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2016). Het is daarmee momenteel doodsoorzaak nummer één in Nederland. Toch blijven steeds meer mensen met kanker langer leven door betere diagnostisering en behandeling.

Het doel van KWF Kankerbestrijding is minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven voor kankerpatiënten². Kanker is namelijk niet alleen vanuit lichamelijk, maar ook vanuit emotioneel, mentaal en sociaal oogpunt een zware ziekte. Onderzoek van TNS-NIPO (2016) heeft uitgewezen dat 86% van de (ex-)kankerpatiënten klachten ervaart tijdens en na de behandeling van kanker die hun leven in negatieve zin beïnvloeden. De drie meest voorkomende klachten zijn:

- Angstige- en depressieve gevoelens (64%)
- Vermoeidheid (39%)
- Relatieproblemen (38%)

In dit rapport staat de klacht angstige- en depressieve gevoelens centraal. KWF zet zich in om klachtenreductie op dit gebied te faciliteren en de kwaliteit van leven van de (ex-)kankerpatiënten te bevorderen. In het kader daarvan is Sinzer door KWF gevraagd om voor twee interventies die angstige en depressieve klachten reduceren een maatschappelijke Business Case (mBC) op te stellen. In dit rapport worden de maatschappelijke effecten en kosten hiervan in kaart gebracht.

Als gevolg van het huidige financieringsstelsel is niet alle noodzakelijke en effectief gebleken zorg voor kankerpatiënten voldoende toegankelijk. Veelvoorkomende problemen bij (ex-)kankerpatiënten die het gevolg zijn van de ziekte en/of behandeling daarvan, vallen in verschillende bekostigingssystemen. De overheid hanteert de 'stand van wetenschap en praktijk' als begrenzing voor alle verzekerde zorg. Hierbij wordt gekeken naar relatieve effectiviteit: of er sprake is van een klinisch relevante verbetering ten opzichte van de standaardbehandeling of de gebruikelijke behandeling (Zorginstituut Nederland, 2015). Dit wordt ook wel *Evidence-Based Medicine/Practice* (EBM/P) genoemd. Hoewel er binnen EBM/P wordt gekeken naar zowel de stand van de wetenschap op basis van (systematische reviews van) gerandomiseerd onderzoek als naar de stand van de praktijk op basis van expertise en ervaringen van zorgprofessionals en gebruikers, is het uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit in de afweging het zwaarste weegt (ibid, p. 6). Om in deze mBC rekening te houden met de klinische praktijk, en de verschillen tussen patiënten, wordt naast bestaande wetenschappelijke literatuur ook nadrukkelijk gebruikt gemaakt van de expertise en ervaring van zorgprofessionals om de effecten die optreden als gevolg van de interventies in kaart te brengen; in de eerste plaats voor de (ex-)kankerpatiënt, maar juist ook voor de maatschappij als geheel.

De scope van dit onderzoek is als volgt afgebakend: 'Mensen van 18 jaar of ouder met en na kanker die kampen met angstige- en depressieve gevoelens en/of een hulpvraag hebben op het gebied van zingeving, angstige- en depressieve gevoelens of aanpassing aan de gevolgen van kanker.'

1.2 Wat is een Maatschappelijke Business Case?

De maatschappelijke Business Case (mBC) is een veelgebruikte methode om het economische én maatschappelijke nut van een interventie in kaart te brengen. In aanvulling op de (meer traditionele)

² Om de leesbaarheid te bevorderen wordt KWF Kankerbestrijding voortaan afgekort tot KWF.

zakelijke Business Case, waar kosten en opbrengsten puur vanuit het perspectief van de organisatie worden bekeken, wordt er bij een mBC ook aandacht besteed aan de kosten en opbrengsten voor de maatschappij. Net zoals bij een 'gewone' Business Case gaat het bij een mBC om het maken van een afweging over een mogelijke investering, waarbij het bijvoorbeeld kan gaan om het wel of niet uitvoeren van een interventie. Door de kosten van de interventie af te zetten tegen de potentiële maatschappelijke opbrengsten wordt duidelijk wat het maatschappelijk rendement van de interventie is en hoe dit rendement precies ontstaat. Hierbij draait het in een maatschappelijke Business Case niet puur om financiële gegevens; er wordt ook uitvoerig aandacht besteed aan andere belangrijke effecten die naar verwachting op zullen treden en waaraan geen eurowaarde wordt gekoppeld, zoals een verbeterd functioneren in sociale rollen of verbeterde positieve gezondheid. Uiteindelijk gaat het om het 'totaalplaatje': het geheel van zowel financiële als niet-financiële effecten, die in samenhang de basis vormen voor het bepalen van het maatschappelijke nut van de interventie en in het verlengde daarvan de afweging om de interventie al dan niet een (grotere) plek te geven in het zorgaanbod. Ter beoordeling daarvan wordt naast een mBC gericht op maatschappelijke kosten en baten, ook vaak gebruik gemaakt van kostenutiliteit of kosteneffectiviteitsstudies. Het verschil hiertussen wordt besproken in de volgende paragraaf.

1.2.1 Verschil mBC en kostenutiliteitstudies

In ieder van deze analysevormen staat de vraag centraal of de kosten van een interventie opwegen tegen de baten van een interventie. Doelmatigheid is hierbij een belangrijk begrip. Een nieuwe interventie wordt als doelmatig beschouwd wanneer deze:

- Gelijke effecten heeft, maar minder kost;
- Betere effecten heeft, maar minder kost;
- Betere effecten heeft, maar evenveel kost;

Wanneer een nieuwe interventie betere effecten heeft, maar meer kost dan de standaard of gebruikelijke zorg, moet er een afweging worden gemaakt of deze desondanks kan worden opgenomen binnen de verzekerde zorg (College voor Zorgverzekeringen, 2013).

Een mBC richt zich op het in kaart brengen van de maatschappelijke kosten enerzijds en de te verwachte maatschappelijke baten anderzijds. Hierin verschilt een mBC van wetenschappelijke kostenutiliteitsanalyses of kosteneffectiviteitsanalyses die verwachte effecten niet monetair waarderen, maar een andere uitkomstmaat hanteren, zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven of toegenomen levensduur.

Kostenutiliteitsanalyses beoordelen, als rechtvaardiging van de kosten van een interventie, de mogelijke effecten van deze interventie op de kwaliteit van leven en de levensduur van de doelgroep. De verbeterde kwaliteit van leven en langere levensduur kunnen dus worden gezien als het 'nut' of de 'utiliteit', waarvan de waarden moeten opwegen tegen de kosten. Nut of utiliteit kan worden uitgedrukt in de uitkomstmaat 'voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren' ofwel *Quality Adjusted Life Years*, afgekort 'QALYs'. Een uitkomst van 0,00 vertegenwoordigt de waarde van de dood en een uitkomst van 1,00 de waarde van één volledig gezond gewonnen levensjaar. Ter indicatie: de Raad voor Volkgezondheid en Samenleving adviseert voor behandelingen een bovengrens van € 80.000 per QALY te hanteren om te besluiten of deze vergoed worden door de Zorgverzekeraar (Smulders en Thijs, 2006). In bepaalde gevallen worden ook behandelingen vergoed die kostbaarder zijn dan de geadviseerde bovengrens van € 80.000.

Wetenschappelijke, medische kostenutiliteitsanalyses kijken vaak naar de kosten van direct medisch zorggebruik (huisarts, bedrijfsarts, maatschappelijk werker, diëtist, psycholoog, wijkverpleging, medicatie etc.), directe niet-medische kosten (steungroepen, informele zorg, transport- en parkeerkosten), en indirecte niet-medische kostenposten (absenteïsme (on)betaald werk en presenteïsme (on)betaald werk). De meerwaarde van een mBC is dat er wordt gekeken naar mogelijke,

toekomstige maatschappelijke kostenbesparingen of waarde creatie in de meest brede zin van het woord. Naast bovengenoemde posten wordt er bijvoorbeeld ook gekeken naar gebruik van ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of (tijdelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. De kosten en baten worden uitgesplitst per stakeholder om inzichtelijk te maken hoe geldstromen lopen en of dat aanleiding geeft tot verandering van de geldstromen.

Tijdens de totstandkoming van deze mBC bleek het niet mogelijk te zijn om op basis van de literatuur en expertise van de expertgroep aannames te doen over de mate waarin de verwachte effecten van de interventies optreden. Daarom is in deze mBC gebruik gemaakt van al bestaande kostenutiliteitstudies, waardoor een uitsplitsing per stakeholder niet mogelijk is. De werkwijze en het proces waarmee deze mBC tot stand gekomen is, worden beschreven in de volgende paragraaf.

1.3 Proces

KWF heeft als doel het faciliteren van interventies die leiden tot klachtenreductie op het gebied van angstige- en depressieve gevoelens ten gevolge van kanker. Om inzicht te krijgen in de kostenutiliteit van interventies die bewezen effectief zijn in het verminderen van klachten op dit vlak, zijn voor deze mBC interventies geselecteerd op basis van de volgende zeven criteria:

1. Afkomstig uit de onderzoek portefeuille van KWF, de NVPO Jaarindex 2015, het NVPO Interventierapport en/of contacten uit het veld
2. Het betreffen Evidence-Based Interventies
3. KWF's missie klachtenreductie voor zoveel mogelijk mensen realiserend
4. Op basis van maximale diversiteit in:
 - a. Beroepsgroep en
 - b. Type interventie
 - c. Bekostigingsstructuur
5. In te kopen door duidelijke afbakening in kosten
6. In te kopen tegen huidige of lagere kosten
7. Dicht tegen de huidige structuren aanliggend

De onderzoekers van de interventies die op basis van deze criteria overbleven, hebben hun interventies aan de hand van hetzelfde format - ingaande op de inhoud, effectiviteit, doelgroep grootte, verwachte verbetering en kostenvermindering ten opzichte van huidige interventies - gepresenteerd aan een onafhankelijke selectiecommissie. De selectiecommissie heeft vervolgens Zingevinggerichte Groepstherapie en Mindfulnessbased Cognitieve Gedragstherapie geselecteerd om uit te werken in een maatschappelijke Business Case.

Expertgroep en inhoud sessies

Volgend op de voorselectie is door KWF een projectteam samengesteld dat deelnam aan de door Sinzer en KWF georganiseerde sessies, bestaande uit (oud-)medewerkers van het Radboud Centrum voor Mindfulness, Vrije Universiteit Amsterdam en VU Medisch Centrum, Ingeborg Douwes Centrum, Medisch Centrum Haaglanden en CZ (voor een overzicht van de deelnemers zie het colofon). In de sessies zijn de volgende stappen doorlopen om de verwachte maatschappelijke kosten en opbrengsten van de interventies in kaart te brengen:



Stap 1: Verandertheorie

In de eerste stap zijn het maatschappelijk probleem, de urgentie om het probleem aan te pakken, de omvang van het probleem en de geboden oplossing in kaart gebracht.

Stap 2: Stakeholderanalyse

Vervolgens zijn de belangrijkste stakeholders geïdentificeerd. Stakeholders zijn belanghebbenden of sleutelpersonen, -groepen of –organisaties die betrokken zijn bij of beïnvloed (zullen) worden door de interventies.

Stap 3: Effecten bepalen

Per stakeholder is er aan de hand van de expertise van de expertgroep en met behulp van literatuuronderzoek vastgesteld welke effecten er naar verwachting zullen optreden. Daarbij is nadrukkelijk ook aandacht besteed aan mogelijke negatieve effecten die kunnen optreden.

Stap 4: Effecten waarderen

Aan de effecten die naar verwachting leiden tot een kostenbesparing is vervolgens een financiële waarde gekoppeld (zie hoofdstuk 5). De gehanteerde bedragen zijn waar mogelijk gebaseerd op literatuur of gebaseerd op input van de expertgroep.

Stap 5: Input bepalen

Vervolgens is vastgesteld wat de interventies kosten zijn en of er investeringen nodig zijn om de interventies uit te voeren en de verwachte besparingen te kunnen realiseren.

Stap 6: Analyse

In een laatste stap zijn alle gegevens geanalyseerd om een totaalbeeld te kunnen vormen van het te verwachten rendement voor elke interventie. Tevens zijn zeven (ex-)kankerpatiënten die de interventie hebben ondergaan geïnterviewd om inzicht te krijgen in de aard en ernst van hun klachten, de invloed op het dagelijks leven en hoe de interventie heeft bijgedragen aan het verbeteren daarvan. De resultaten van de sessies met de expertgroep zijn getoetst bij deze patiënten.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt een overkoepelende probleemanalyse en *Theory of Change* gepresenteerd, waarna in de hoofdstukken 3 en 4 aandacht wordt geschonken aan de twee interventies. Hierin worden eerst de inhoud en werkzame factoren van de interventie beschreven. Dan komen de interventie-specifieke effecten voor de (ex)kankerpatiënten en het sociaal steunsysteem aan de orde, gevolgd door de kosten en het potentiële bereik van de interventie. Hoofdstuk 5 behandelt de effecten voor de maatschappij als geheel voor beide interventies. Hoofdstuk 6 bevat de conclusie en onderzoekaanbevelingen.

2. Probleemanalyse en *Theory of Change*

In dit hoofdstuk wordt eerst het maatschappelijk probleem uiteengezet evenals de urgentie hiervan. Vervolgens worden de interventies kort beschreven die hier een oplossing voor bieden en de verwachte effecten en kostenbesparingen die als gevolg van de interventies zouden kunnen optreden. Ofwel, de *Theory of Change*.

2.1. Het maatschappelijk probleem

Door vroegere diagnostiek, succesvollere behandelingen en demografische ontwikkelingen neemt de groep mensen die kanker overleeft toe. Deze stijging blijft naar verwachting doorzetten. In 2016 waren er 790.000 mensen die in de afgelopen 20 jaar de diagnose kanker hebben gekregen. Het aantal nieuwe diagnoses van kanker bedroeg in 2016 108.400; 2.500 meer dan in 2015 (IKNL, 2017). Deze toename gaat gepaard met een stijging in zorgkosten. In 2015 waren de totale zorgkosten gerelateerd aan kanker EUR 5,4 miljard. Het Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.j.) heeft een trendscenario ontwikkeld, op basis van voortzettingen van historische trends zonder dat er nieuw beleid wordt ingezet, waaruit blijkt dat de zorguitgaven aan kanker in 2040 naar verwachting EUR 23,1 miljard zullen bedragen, ruim vier keer zoveel als in 2015. Van de uitgaven aan verschillende ziektegroepen groeien de uitgaven voor de behandeling van kanker tot 2040 het snelst. De uitgaven voor de behandeling van kanker stijgen naar verwachting 6% per jaar, waarvan slechts 0,96% op basis van demografie en 5,04% door overige ontwikkelingen zoals medische technologie en een toename van de incidentie en prevalentie van kanker. Het aandeel van uitgaven aan de behandeling van kanker in de totale zorguitgaven stijgt naar verwachting van 6% in 2015 naar 16% in 2040 (Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.j.).

Kanker is dus een omvangrijk en verstrekkend probleem. Veel mensen ondervinden blijvend klachten na succesvolle curatieve behandeling van kanker, onder andere op het gebied van psychologische *distress*, dat wordt gedefinieerd als 'een multi-determinante, onaangename emotionele ervaring van een psychologische (cognitieve, gedrags-, emotionele), sociale en/of spirituele aard die de mogelijkheid kan beïnvloeden om effectief te kunnen omgaan met kanker, de fysieke symptomen en de behandeling ervan' (Carlson *et al.*, 2004, p. 2297). Schattingen over de prevalentie van klinisch significante psychologische *distress* onder (ex-)kankerpatiënten lopen uiteen van 37% tot 52% (Carlson *et al.*, 2004; Mehnert *et al.*, 2017)³. Jaarlijks gaat dit dan om 40.108 tot 56.368 mensen.

Op basis van expertise van de expertgroep is de probleemstelling als volgt gedefinieerd:

'Angstige- en depressieve gevoelens hangen in meer of mindere mate samen met slaapstoornissen, vermoeidheid, concentratieproblemen, piekeren en demoralisatie. Somatische symptomen, zoals vermoeidheid of problemen met seksualiteit, kunnen ook leiden tot angstige en depressieve gevoelens. Deze symptomen kunnen tegelijkertijd of in samenhang met elkaar optreden. Zonder behandeling kan dit resulteren in psychische stoornissen. Bovendien wordt de maatschappelijke participatie van mensen belemmerd en kan er sprake zijn van allerlei maatschappelijke kosten, bijvoorbeeld door (onnodig) zorggebruik, gebruik van sociale voorzieningen of arbeidsverzuim. Ook heeft dit vaak een negatieve impact op de kwaliteit van leven van naasten.'

2.2 Urgentie

De urgentie om een duurzame oplossing te vinden voor het maatschappelijk probleem kan primair vanuit drie perspectieven worden beschreven, namelijk:

³ In dit rapport wordt op verzoek van KWF de term angstige- en depressieve gevoelens gehanteerd.

1. (Ex-)kankerpatiënt

De continue aanwezigheid van angst ten aanzien van de toekomst kan vermoeidheid en andere lichamelijke klachten veroorzaken, wat een negatief effect op de kwaliteit van leven kan hebben, met name op de lange termijn (Dierdorp-Schep *et al.*, 2016). Daarnaast kunnen schaamtegevoelens en stress (over gevolgen van behandeling die publiek zichtbaar kunnen worden) leiden tot sociale eenzaamheid en verminderde maatschappelijke participatie, met name bij ouderen en onder mensen met sommige culturele achtergronden. Uit het rapport 'Meerjarenprogramma Depressiepreventie' en de depressiedeel blijkt het maatschappelijke belang van het verminderen van depressie. Met name ouderen met somatische aandoeningen hebben een groot risico op depressie: tussen de 15% en 42%. (Trimbos Instituut, 2015). Schellekens (2015) stelt bovendien dat depressie ernstig lijden veroorzaakt en een determinant lijkt te zijn van een lagere kwaliteit van leven en kortere overleving.

2. Het sociaal steunsysteem

Angst voor de terugkeer van kanker en mogelijk verlies van partner, ouder of vriend(in) kan ook een rol spelen bij de naasten van de (ex-)kankerpatiënt.

Partner

Heins *et al.* (2013) hebben aangetoond dat partners belast met de zorg voor de partner met een diagnose borstkanker, prostaatkanker of darmkanker gemiddeld 25% vaker de huisarts bezoeken vanwege somatische of psychische klachten in de periode van 6-24 maanden na de diagnose. Sjöval *et al.* (2009) vonden een toename van psychiatrische diagnoses onder de partners van patiënten met kanker en eveneens een toename in zorgkosten. Angstige- en depressieve gevoelens verzwaren deze zorg des te meer. Daarnaast kan kanker en daaraan verbonden zorg leiden tot seksuele en/of relatieproblemen of in het uiterste geval tot scheidingen, hoewel de literatuur daar niet eenduidig over is. Sommige studies rapporteren juist dat partners en patiënten tevreden zijn met hun relatie en dat kanker hun relatie heeft verdiept. (Foster *et al.*, 2009, p. 242). Wel is het volgens de expertgroep aannemelijk dat het hebben van angstige en negatieve gevoelens bij de partner een negatieve weerslag heeft op de relatie.

Kinderen

Jaarlijks worden ongeveer 9.000 gezinnen in Nederland geconfronteerd met de diagnose kanker bij de ouder (Huizinga, 2006). Het gezinsleven kan ernstig ontregeld raken, wanneer de ouder(s) in deze periode moeilijk in staat zijn de rol van opvoeder te vervullen en regelmatig van huis zijn voor de behandeling. Daarnaast kan de ziekte angst oproepen bij de kinderen zowel voor de dood, als voor het verlies van de ouder. Uit de praktijkervaring van de expertgroep bleek dat het hebben van een ouder met kanker kan leiden tot parentificatie: kinderen gedragen zich te volwassen voor hun leeftijd of het leidt juist tot baldadigheid. Bovendien vond Huizinga een verhoogde kans op een posttraumatische stress stoornis (PTSS) bij 21% van de zonen en 35% van de dochters van een ouder met kanker. Kinderen met een PTSS kampen met ernstige verwerkingsproblematiek, wat resulteert in verhoogde prikkelbaarheid, slapeloosheid en emotionele en concentratieproblemen.

3. Zorgverzekeraar

Door angstige- en depressieve gevoelens neemt 'compliance' met de medische zorg af en opnametijd in het ziekenhuis/ duur van zorg in het algemeen toe (Schellekens, 2015). Lebel *et al.* (2013) vonden een toename in zowel poliklinische als eerste hulpbezoeken bij (ex-)kankerpatiënten die leden aan angst voor de terugkeer van kanker.

Uit bovenstaande blijkt de noodzaak voor het verminderen van angstige- en depressieve gevoelens voor de (ex-)kankerpatiënt. Zowel Zingevinggerichte Groepstherapie (ZGT) als Mindfulnessbased Cognitieve Gedragstherapie (MBCT) zijn bewezen effectief in het verminderen van angstige- en depressieve gevoelens.

2.3 De interventies

ZGT is een groepstherapie, bestaande uit acht sessies van twee uur, waarin gewerkt wordt aan de vraag: 'wat betekent mijn leven voor mij?' Het hoofddoel van zingevinggerichte groepstherapie is om het gevoel van zin- en/of betekenisgeving te behouden of te vergroten. Door middel van oefeningen en theoretische uitleg over zingeving leert men beter omgaan met het leven na kanker (Van der Spek, 2017a). In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de inhoud van de interventie, de werkzame factoren daarvan en de interventie specifieke effecten.

MBCT is een geprotocolleerde groepstherapie bestaande uit mindfulness-oefeningen, zoals body-scan, zit- of loop-meditatie en yoga, elementen uit de cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie. Door mindfulness leert de deelnemer aandacht te geven aan wat men ervaart van moment tot moment zonder daaraan een oordeel te geven. De nadruk ligt op leren afstand te nemen van automatische negatieve gedachten en die niet aan te zien voor een feit, maar voor wat ze zijn: gedachten. Hierdoor creëert men afstand van de angstige gedachten en gevoelens en kan men kiezen hier niet direct, maar bewuster op reageren. In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op de inhoud van deze interventie, de werkzame factoren daarvan en de interventie specifieke effecten.

2.4 Verwachte effecten van ZGT en MBCT

Tijdens een brainstorm met de expertgroep werden ook enkele andere effecten benoemd die als gevolg van beide interventies zouden kunnen optreden voor de patiënt. Deze worden hieronder besproken.

Afname piekeren en somberheid

'Kanker treft je als een donderslag bij heldere hemel, waardoor ik het gevoel had het stuur van mijn leven kwijt te zijn. Ik mocht niet meer werken, maar had nog wel het gevoel dat ik betekenisvol kon zijn, maar wist niet hoe. Ik was moe en futloos en voelde me bij het grofvuil gezet. Ik bleef hierover doormalen en was eerder boos dan blij na mijn genezingsverklaring' (persoonlijke communicatie met (ex-)kankerpatiënt).

Bij deelnemers van MBCT is een significante afname gevonden in rumineren - het herhaaldelijk langdurig denken over gevoelens en problemen - ten opzichte van de controlegroep. Bij MBCT leert men niet zozeer in te gaan op de inhoud van de gedachten, maar meer op de verhouding die men tot de gedachten inneemt. Men leert gedachten los te laten in plaats van zich ermee te vereenzelvigen. Deelnemers van MBCT gaan hierdoor ook meer in het heden leven dan in het verleden of de toekomst.

Ook binnen ZGT staat het inzicht dat je zelf een keuze hebt in hoe je op allerlei situaties reageert centraal. Dit vergroot het gevoel van regie over de situatie en resulteert in een verbeterd aanpassingsvermogen aan kanker. Tijdens de interviews werd benoemd dat het eigen verwachtingspatroon ten aanzien van haalbare doelen wordt aangepast. 'Het leert je geen onhaalbare doelen te stellen, maar telkens in herinnering te brengen wat je nu kunt ten opzichte van net na de behandeling' (persoonlijke communicatie met (ex-)kankerpatiënt). Eén van de modules die wordt behandeld binnen ZGT is het levensverhaal. Door het opschrijven hiervan herinneren mensen zichzelf eraan hoe zij in het verleden met moeilijke situaties omgingen, en hoe zij dit nu ook zouden kunnen doen. Hierdoor wordt ook een afname in piekeren over de toekomst ervaren, bleek uit de interviews.

Samenvattend: beide therapieën leren op een gestructureerde wijze negatieve gedachtepatronen in twijfel te trekken en te veranderen, waardoor het piekeren en de somberheid over de toekomst afneemt. Uit de interviews bleek bovendien dat de oefeningen uit de therapie noodzakelijk waren om dit inzicht te bieden, omdat de deelnemers zich overweldigd voelden door de ziekte en angstige gevoelens als gevolg daarvan en daardoor niet zelf hun negatieve gedachten konden ombuigen.

Afname slaapstoornissen en vermoeidheid

In het verlengde van een afname van piekeren, somberheid, angstige- en depressieve gevoelens wordt ook een verbetering verwacht op het gebied van slaapproblemen en/of vermoeidheid. Doordat men de ziekte en de daaruit voortvloeiende beperkingen (waaronder vermoeidheid) beter leert accepteren, leert leven in het heden en minder piekert over de toekomst, slaapt men waarschijnlijk ook beter. Bovendien kan beter slapen ook bijdragen aan minder piekeren en somberheid blijkt uit de praktijkervaring van de expertgroep.

Betere moraal/remoralisering (herstel van moraal)

Bij (ex-)kankerpatiënten kan sprake zijn van demoralisatie. Demoralisatie is tot nu toe alleen bij patiënten met kanker in een vergevorderd stadium onderzocht in samenhang met depressie (Jacobsen *et al.*, 2006). Onbekend is in hoeverre dit optreedt bij patiënten die curatief behandeld zijn voor kanker. Symptomen van demoralisatie zijn bijvoorbeeld gevoelens van woede en bitterheid over de diagnose: zonder gezondheid is het leven 'leeg' en de toekomst zinloos. Demoralisatie wordt bovendien gekenmerkt door het verlies van controle over het eigen leven. De afwezigheid van betekenis of zingeving wordt geassocieerd met meer *distress*, wanhoop, demoralisatie en aanpassingen aan kanker, terwijl het ervaren van betekenis of zingeving positief correleert met psychologisch welbevinden en kwaliteit van leven (Van der Spek, 2016, p. 12). Hoewel demoralisatie geen uitkomstmaat was in de effectenstudie naar ZGT, is het aannemelijk hier een verbetering in te verwachten, aangezien persoonlijke betekenis en zingeving na deelname sterk is verbeterd (Van der Spek, 2016, p. 18). Bovendien leren zowel ZGT als MBCT de deelnemers dat ze een keuze hebben in hoe ze reageren op omstandigheden. Door cognitieve gedragstherapie in combinatie met mindfulness oefeningen leert men afstand te nemen van negatieve gedachten en wordt er ruimte gecreëerd om te kiezen hoe men daarop wil reageren. Dit vergroot het gevoel van controle over het eigen leven, zoals ook aangegeven door deelnemers: 'ik heb weer het gevoel zelf aan de knoppen te kunnen draaien'. Het door de interventies bewerkstelligde toegenomen gevoel van controle en de verhoogde zingeving dragen bij aan een betere moraal of remoralisering van deelnemers.

Verbeterde positieve gezondheid

Daarnaast wordt een verbeterde positieve gezondheid verwacht, zoals gedefinieerd door Machteld Huber (2011). In reactie op de veel bekritiseerde (maar nog steeds veel gebruikte) definitie van gezondheid die in 1948 door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) werd geformuleerd, namelijk 'gezondheid als toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken' introduceerden Huber *et al.* (2011) het concept 'positieve gezondheid'. Hierin wordt 'gezondheid' niet als eindpunt gezien, maar als dynamisch begrip. Kenmerkend is dat de nadruk niet ligt op de afwezigheid van ziekten, maar op 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' (Ibid). Zelfregie en veerkracht van het individu staan centraal. Gezondheid wordt meer gezien als middel dan als doel, een middel tot beter functioneren, opdat de persoon kan doen wat hij werkelijk belangrijk vindt in zijn leven. VGZ, Menzis, CZ en Zilveren Kruis onderschrijven dit model om patiëntgerichte zorg te bevorderen (Menzis, 2017).

Het concept positieve gezondheid bestaat uit zes hoofddimensies, namelijk:

1. Lichaamsfuncties
2. Mentale functies en mentale beleving
3. Spirituele dimensie
4. Kwaliteit van leven
5. Sociaal-maatschappelijke participatie
6. Dagelijks functioneren

Deze zijn weergegeven in figuur 1.

Positieve gezondheid (Machteld Huber)



Figuur 1 Positieve gezondheidsmodel – zes pijlers⁴

Als er wordt gekeken naar aspecten die onder verschillende pijlers vallen, kan de link naar de interventies snel worden gelegd. Zo wordt onder de pijler 'mentaal welbevinden' bijvoorbeeld gesproken over 'gevoel van controle' en 'jezelf accepteren': twee punten waarop de interventies zoals eerder beschreven invloed hebben.

Bovenstaande effecten kunnen eveneens in samenhang met elkaar optreden. Wanneer er sprake is van verbetering op vermoeidheid is het eveneens aannemelijk dat dit bijdraagt aan positieve gezondheid. Een verbeterde positieve gezondheid kan daarnaast ook een positief effect hebben op angstige gedachten of rumineren.

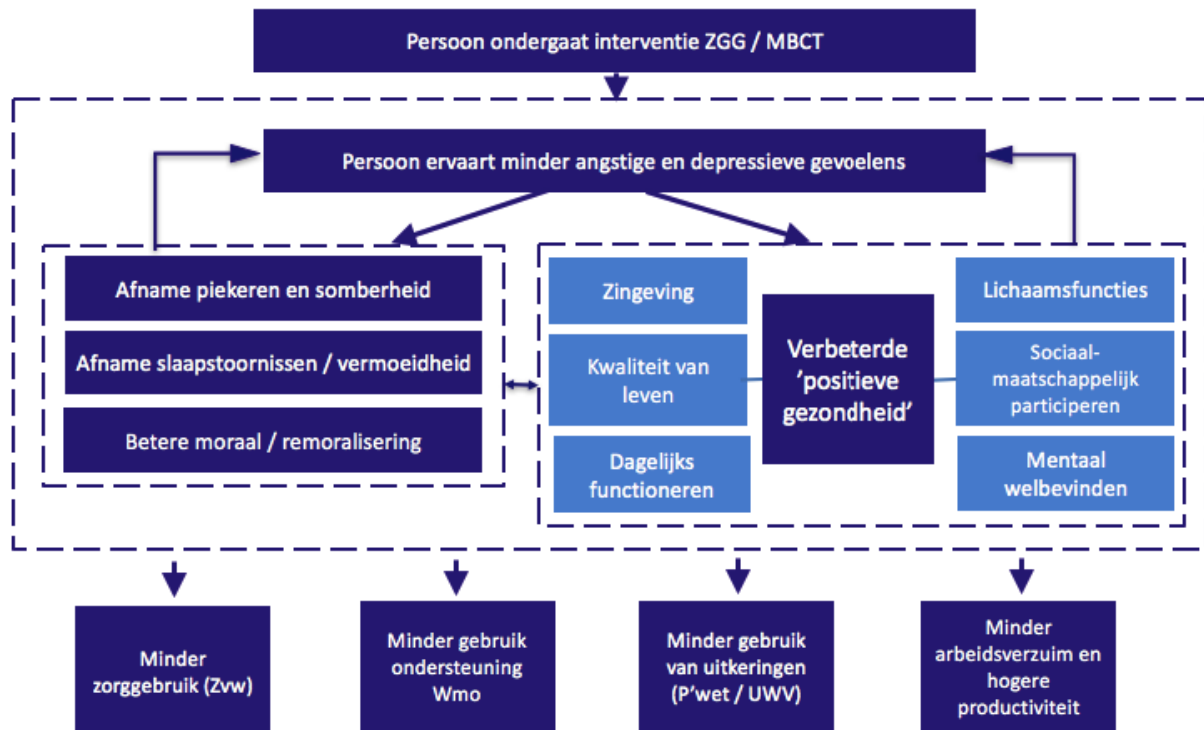
2.5 Verwachte kostenbesparingen

Wanneer er dus sprake is van een verbetering op het gebied van angstige- en depressieve gevoelens en in samenhang daarmee op piekeren, vermoeidheid, moraal en/of positieve gezondheid, kan dit leiden tot verbeterd maatschappelijk functioneren. Dit kan vervolgens leiden tot minder (onnodig) zorggebruik, zoals bezoeken aan de huisarts, medisch specialist of psycholoog. Toegenomen zingeving, mindfulness vaardigheden en autonomie en hernieuwd zicht op de mogelijkheden die er nog zijn, stellen de (ex)kankerpatiënt zelf in staat hun leven weer op te pakken. Ook zou verminderd gebruik van begeleiding of (mantelzorg)ondersteuning vanuit de Wmo kunnen optreden wanneer de (ex-)kankerpatiënt door de interventies beter in staat is zijn leven na kanker vorm te geven. Daarnaast is het aannemelijk dat een verbeterde positieve gezondheid in samenhang met een afname aan angstige- en depressieve gevoelens en een verbetering in cognitief functioneren leidt tot een afname van ziekteverzuim, of een toename aan productieve werkuren. De mate waarin deze effecten optreden is sterk afhankelijk van het ziektebeeld van de patiënt, of iemand nog in staat is te werken, of juist nu

⁴ Bron: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/verslag-Lezing-Machteld-Huber-Een-nieuw-concept-voor-gezondheid.html>

betekenis vindt in het doen van vrijwilligerswerk of het oppakken van bijvoorbeeld een cursus. Daarnaast hoeft niet elk effect bij elke (ex)kankerpatiënt op te treden, aangezien meerdere factoren, zoals iemands sociale netwerk of externe gebeurtenissen, dit eveneens kunnen beïnvloeden.

Deze *Theory of Change* is weergegeven in Figuur 1.



Figuur 2 Model Theory of Change⁵

In het volgende hoofdstuk wordt de interventie Zingevinggerichte groepstherapie verder uitgewerkt, gevolgd door MBCT in hoofdstuk 4.

⁵ Op kwaliteit van leven –gemeten met 30-item EORTC QLQ-C30- is binnen ZGT geen significante verbetering gevonden t.o.v. de controlegroep.

3. Interventie 1: Zingevinggerichte groepstherapie

3.1 Wat is Zingevinggerichte groepstherapie?

3.1.1 Inhoud ZGT

Veel (ex-)kankerpatiënten krijgen te maken met veranderingen of verlies op gebieden zoals identiteit, werk, relaties en fysieke gezondheid. Het gevoel van zingeving kan hierdoor fundamenteel veranderen of kwijt zijn. Zingevinggerichte groepstherapie is bedoeld voor mensen met kanker en een hulpvraag hebben op het gebied van zingeving, angstige of depressieve gevoelens, of aanpassing aan de gevolgen van kanker. De therapie bestaat uit acht sessies van twee uur, onder begeleiding van een GZ-psycholoog, psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Het hoofddoel van zingevinggerichte groepstherapie is het gevoel van zin- en/of betekenisgeving te behouden of te vergroten middels oefeningen en theoretische uitleg over zingeving, om beter om te kunnen gaan met het leven na kanker.

De volgende stap is de deelnemers in staat stellen de geleerde inzichten over zingeving toe te passen in hun dagelijks leven. 'Als iemand door ziekte bijvoorbeeld zijn baan verliest, kunnen mensen een gevoel van nutteloosheid ervaren. Maar in de therapie wordt dan gekeken: kun je een andere bron aanboren, waardoor je het gevoel hebt dat je leven zin heeft? De een vindt dat in meer tijd doorbrengen met familie, de ander in gastvrouwschap, of iets te kunnen betekenen voor lotgenoten.' (Van der Spek, z.j.).

3.1.2 Werkzame factoren van ZGT

Op basis van de interviews die gehouden zijn in het kader van dit rapport (n=4) lijkt het groeps-element een van de belangrijkste werkzame factoren van de interventie. Doordat het een groepstraining is, wordt er tegelijkertijd een plek geboden aan deelnemers waar zij elkaar kunnen steunen en van elkaar kunnen leren in het omgaan van kanker. Het jezelf kunnen vergelijken met anderen die lichamelijke beperkingen ook aan den lijve ondervinden, werd als heel waardevol ervaren. Enerzijds omdat men wordt geconfronteerd met anderen die er nog slechter aan toe waren, waardoor de eigen situatie in een ander perspectief werd geplaatst. Anderzijds brengt de omgang met lotgenoten in combinatie met de theorie het inzicht dat kleine stappen ook waardevol zijn in het herstelproces. Juist het feit dat het lotgenoten zijn en therapeuten die ervaren zijn in het werken met (ex-)kankerpatiënten maakt dat dat inzicht ook echt wordt geaccepteerd en geadopteerd. 'Dat is fundamenteel anders dan dat een gezond persoon, die zelf nog grote stappen kan zetten, zegt dat kleine stappen waardevol zijn' (persoonlijke communicatie met (ex-)kankerpatiënt). Bovendien werd benoemd dat de groepsdynamiek het herstelproces versnelt. 'Dit leert je weer in een groep te bewegen, naar anderen te luisteren ofwel 'jezelf in een hogere versnelling te prikkelen.'

Een tweede belangrijke werkzame factor bleek het element van het vinden van nieuwe zingevingdoelen en hoe die kunnen worden vormgegeven in de periode na de behandeling. Hierin verschilt ZGT van bijvoorbeeld Zingevingstraining, die meer is gericht op het in kaart brengen van het levensverhaal van mensen en welke momenten bij hebben gedragen aan het ervaren van zingeving. Hierin mist een concretisering naar de dagelijkse praktijk, wanneer de training is afgerond. Een illustrerend voorbeeld van het belang van een concretisering naar de dagelijkse praktijk is de 'levensagenda' die een (ex)deelnemer maakte als eindproduct van ZGT. Door haar ziekte is zij volledig arbeidsongeschikt en heel kwetsbaar voor infecties, waardoor zij er niet met het openbaar vervoer op uit kan. Daarnaast kampt zij met osteoporose, waardoor zij ook niet kan fietsen. Door haar beperkte actieradius classificeerde zij zichzelf als 'maatschappij-loos'. Door ZGT kwam zij tot het inzicht dat bewegen nog steeds een belangrijke bron van zingeving is voor haar als bewegingswetenschapper en ex-psychomotorisch therapeut, naast het feit dat bewegen gezond is. Bewegen zorgt voor haar voor verbinding en het ervaren van gemeenschapszin, wat haar leven betekenisvol maakt. De 'levensagenda' biedt haar houvast om bewegingsactiviteiten op te zoeken op loopafstand in de buurt waaraan zij deel

kan nemen. Dit zorgt voor een structuur in de weekinvulling, voor intermenselijk contact en voor een bron van zingeving en voldoening aan het einde van de dag. Hierdoor ervaart zij minder angstige gevoelens en een groter gevoel van grip op haar leven.

Van blijvende waarde bleek het werkboek dat door drie van de vier geïnterviewde deelnemers nog steeds als naslagwerk wordt gebruikt, bijvoorbeeld wanneer men dreigt terug te vallen in angstige en depressieve gevoelens. Hierdoor kan de duur van effecten van therapie worden verlengd. Een deelnemer illustreerde het verschil met een 1-op-1 gesprek met een psycholoog, wat vaak een vluchtiger en minder gestructureerd karakter heeft. Het werkboek bevat duidelijke opdrachten, theorie, eigen aantekeningen en reflectie. Dit zorgde voor haar voor een blijvend inzicht in waar ze vandaan was gekomen, waar ze nu was en hoe ze vooruit kon komen.

3.1.3 Potentieel bereik van ZGT

Om het potentiële bereik van de interventie in kaart te brengen is gekeken naar de incidentie van kankerpatiënten in Nederland in 2016. Dit gaat om 108.400 personen. Hiervan heeft ongeveer 25% behoefte aan hulp bij existentiële vragen en het ontwikkelen van zingeving (Jansen *et al.*, 2015). Jaarlijks gaat dit om 27.100 personen die baat bij ZGT zouden kunnen hebben. Hoewel niet iedereen met deze hulpvraag kampt met angstige of depressieve gevoelens, verwacht de expertgroep dat men wel baat bij ZGT zal hebben omdat het inspeelt op hun zingevingsvraag.

3.1.4 Kosten van ZGT

De kosten van de interventie bestaan uit de volgende posten (van der Spek, 2017b):

• Intake bij psychotherapeut:	EUR 21,98
• Directe tijd psychotherapeut 8 uur in groepssessies van 8 personen:	EUR 175,87
• Indirecte tijd psychotherapeut (1 uur per groepssessie per deelnemer):	EUR 87,94
• Werkboek	EUR 2,50 +
• Totale kosten per deelnemer	EUR 288,22 ⁶

3.2 Kwalitatieve effecten

In de eerste paragraaf komen de bewezen effecten van ZGT voor de (ex-)kankerpatiënt aan de orde. Daarna komen de effecten die naar verwachting voor het sociaal steun systeem/de naasten optreden aanbod. De kostenutiliteit van ZGT wordt besproken in paragraaf 3.3.

3.2.1 Bewezen effecten voor de (ex-)kankerpatiënt

De effecten van ZGT zijn onderzocht via een *Randomized Control Trial* (RCT) waarin deelnemers werden vergeleken met mensen in een controlegroep die deelnamen aan een 8-wekelijkse lotgenotensteungroep en een controlegroep die geen interventie onderging, maar 'Care as Usual' (CAU) ontving. De primaire uitkomstmaat was Persoonlijke Zingeving. Daarnaast werden psychologisch welzijn, posttraumatische groei, coping, optimisme, hopeloosheid, psychologische *distress*, angst en depressie, en kwaliteit van leven gemeten. Na de interventie toonden deelnemers aan ZGT een grotere verbetering dan beide controlegroepen op persoonlijke zingeving. Daarnaast werd een positief korte termijn-effect gevonden op doelgerichtheid, positieve relaties, doel in het leven en vechtlust. Na drie maanden werd een groot effect gevonden op hulp/hopeloosheid. Na zes maanden werd een middelgrote verbetering gevonden op angst en depressie en psychologische *distress* (van der Spek, 2017c, p. 81). De effecten van ZGT op persoonlijke groei (drie maanden later) en grip op de omgeving

⁶ Bij de totstandkoming van dit rapport gaven onderzoekers van het Ingeborg Douwes Centrum aan te verwachten dat deze kosten te laag zijn ingeschat. Op basis van de tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit van 2018 wordt ingeschat de totale kosten per deelnemer ruim € 500,- bedragen. Met name de kosten van de intake bij de psycholoog zijn in de praktijk aanzienlijk hoger (ruim € 200).

(zes maanden later) waren significant sterker vergeleken met de groep die deelnam aan de lotgenoten steungroep (van der Spek, 2017c).

LeMay *et al.* (2008) onderzochten zeven interventies gericht het verbeteren van angstige- en depressieve gevoelens gerelateerd aan existentiële vragen. Deze interventies lieten veelbelovende resultaten zien op het gebied van psychologisch welbevinden, acceptatie en zingeving. Kissane *et al.* (2004), Chochinov *et al.* (2005), Lee *et al.* (2006), Breitbart *et al.* (2012; 2015) vonden eveneens bewijs voor positieve effecten als gevolg van zingevinggerichte therapieën. Wanneer mensen hun leven als meer zinvol ervaren zijn zij beter in staat zich aan te passen, ervaren zij een betere kwaliteit van leven en psychologisch functioneren (Van Spek *et al.*, 2017c, p. 55). In de volgende paragraaf wordt ingegaan op hoe dit zou kunnen doorwerken op de naasten.

3.2.2 Verwachte effecten voor het sociaal steunsysteem

Afname ervaren zorglast partner

In de expertgroep werd eveneens een positief effect verwacht voor de partner, wanneer de patiënt minder kampt met angstige- en depressieve gevoelens door de interventie. Wanneer de patiënt meer persoonlijke zingeving ervaart en zich focust op het positieve binnen de eventuele beperkingen, kan de ervaren zorglast voor de partner afnemen. Bovendien leert de therapie zingevingdoelen te concretiseren naar de dagelijkse praktijk waardoor de deelnemer sneller wordt geactiveerd.

Afname relatieproblemen

In het verlengde hiervan werd ook het effect ‘afname van relatieproblemen’ benoemd. De therapie draagt hieraan bij doordat men zichzelf beter leert kennen en in groepsverband leert emoties te (h)erkennen en die te benoemen in plaats van ‘te vechten of te vluchten’. Zo kan men zichzelf ook beter richting de partner uiten, wat een belangrijke factor is in het verminderen van relatieproblemen. Een verbetering hierop moet niet onderschat worden, omdat relatieproblemen bij ongeveer 37% van de (ex-)kankerpatiënten voor komt (TNS NIPO, 2016).

Van de deelnemers aan de studie waarin de effecten van ZGT zijn onderzocht woonde 30% met partner en kinderen. Hoe de effecten van de interventie doorwerken op de kinderen is niet onderzocht. Wel is binnen de expertgroep de verwachting geuit dat bovengenoemde effecten voor de (ex-)kankerpatiënt en de eventuele partner ook een positieve weerslag kunnen hebben op eventuele kinderen. Hoe sneller de (ex-)kankerpatiënt het leven weer op kan pakken en hoe minder het gezinsleven ontregeld raakt, hoe beter het is voor het kind. Het behoeft weinig uitleg dat het hebben een ouder die na(ast) kanker kampt met angstige- en depressieve gevoelens een zware wissel kunnen trekken op het kind.

3.3 Kostenutiliteit van ZGT

Zoals gezegd wordt in deze mBC gebruik gemaakt van de kostenutiliteitsanalyse van ZGT door Van der Spek *et al.* (2017b). Hierin wordt de kostenutiliteit van ZGT vergeleken met onder andere CAU. De kostenposten die meegenomen zijn in de analyse bestaan onder andere uit directe medische kosten, zoals een bezoek aan de huisarts, bedrijfsarts, (bedrijf)maatschappelijk werker, fysiotherapeut of psycholoog, psychiater of psychotherapeut met een eigen praktijk, in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg of in een psychiatrisch ziekenhuis. Eveneens zijn posten zoals thuiszorg (huishoudelijke hulp of persoonlijke verzorging), wijkverpleegkundige en medicatiegebruik uitgevraagd op basis van zelfrapportage van de (ex-)kankerpatiënt. Bij ziekenhuizen zijn poliklinische bezoeken, dagbehandelingen en ziekenhuisopnames opgevraagd. Daarnaast zijn niet medische kosten opgevraagd – eveneens op basis van zelfrapportage van de (ex-)kankerpatiënt. Niet medische posten bevatten zelfhulpgroepen zoals beweegprogramma's of lotgenotencontact, informele zorg, transport en parkeerkosten. Als laatste is gekeken naar afwezigheid van het werk (ziekteverzuim) en/of mogelijke

verminderde productiviteit wanneer aanwezig op het werk. Een precies overzicht van deze posten vindt u in bijlage 1.

De kosten voor alle bovengenoemde posten bedragen EUR 4.492 voor deelnemers aan ZGT⁷ en voor mensen die CAU ondergingen EUR 5.304.⁸ Op basis hiervan is er sprake van een gemiddelde kostenbesparing van EUR 812 per patiënt (Van der Spek *et al.* 2017b). De onzekerheid rondom deze kostenbesparing is echter groot; het 95% betrouwbaarheidsinterval loopt van EUR -2.830 tot EUR +1.350. De besparing kan deels ten goede komen aan de zorgverzekeraar als financier van de zorg, deel aan de gemeente als financier van Wmo voorzieningen en de werkgever als het gaat over verzuim en arbeidsproductiviteit.⁹ Het is vanwege de kleine onderzoekspopulatie niet wenselijk om de mogelijke kostenbesparing per kostenpost uit te splitsen.

In deze studie werd geen statistisch significant verschil gevonden in de verhouding tussen de totale kosten en QALY's tussen ZGT en CAU. Zoals gebruikelijk bij kostenutiliteitsanalyses is er een waarschijnlijkheidsanalyse toegepast. Daaruit bleek dat ZGT een waarschijnlijkheid heeft van 94% om meer effectief te zijn in het winnen van QALY's dan CAU. Als de maatschappij een betalingsbereidheid heeft van EUR 0 voor een gewonnen QALY, heeft ZGT een waarschijnlijkheid van 78% om kosteneffectief te zijn vergeleken met CAU. Deze waarschijnlijkheid neemt toe tot 85% en 92% bij betalingsbereidheidrempels van respectievelijk EUR 10.000 en EUR 30.000 per gewonnen QALY. De kans dat ZGT zowel effectiever als goedkoper is dan CAU was 74%.

3.4 Deelconclusie

Resumerend, deelnemers ervaren een verbetering in persoonlijke zingeving, psychologisch welbevinden en in het aanpassingsvermogen aan kanker op de korte termijn en een afname in angstige en depressieve gevoelens op de lange termijn als gevolg van ZGT. Bovendien is het aannemelijk dat als gevolg van de interventie een afname in zorglast voor de partner optreedt evenals een afname in relatieproblemen. Daarnaast blijkt uit de kostenutiliteitstudie dat er sprake kan zijn van een besparing van EUR 812 ten opzichte van CAU per patiënt, gebaseerd op een spreiding van EUR -2.830 tot EUR 1.350. Zingevingsgerichte groepstherapie heeft een waarschijnlijkheid van 94% om meer effectief te zijn in het winnen van QALY's dan CAU en een waarschijnlijkheid van 78% dat het goedkoper is dan CAU. De kans dat ZGT zowel effectiever als goedkoper is dan CAU was 74%.

⁷ Standard error of the mean = 778

⁸ Standard error of the mean = 722

⁹ Op deze te verwachten maatschappelijke effecten wordt nader in gegaan in hoofdstuk 5.

4. Interventie 2: Mindfulness-Based Cognitieve Gedragstherapie

4.1 Wat is Mindfulness-Based Cognitieve Gedragstherapie (MBCT)?

4.1.1 Inhoud van MBCT

Deze interventie is erop gericht de (terugkerende) psychische klachten waar (ex-)kankerpatiënten mee kampen tegen te gaan en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Dit wordt gedaan door aandachtsoefeningen, zoals lichaamsverkenning, yoga en zit- en loop meditatie. Een ander component van MBCT is psycho-educatie. Mindfulness, het bewust aandacht geven aan wat men ervaart van moment tot moment zonder daaraan een oordeel te geven, speelt hierbij een belangrijke rol. Deelnemers leren negatieve gedachtenpatronen op een afstand te bekijken en los te laten. Hierdoor hoeft men niet direct op negatieve gedachten te reageren, maar leert men in plaats daarvan dat men een bewuste keuze kan maken hoe daarop te reageren. Dit helpt mensen om effectiever met stress en angsten om te gaan (Schellekens *et al.*, 2015). MBCT bestaat uit 2,5 uur durende wekelijkse groepssessies gedurende acht weken en een eenmalige zes uur durende stiltedag. Daarnaast wordt van de deelnemers verwacht dat zij dagelijks thuis 45 minuten oefenen. Van belang is het lotgenotencontact, waardoor (ex-)kankerpatiënten hun ervaringen kunnen delen met mensen die in een min of meer vergelijkbare situatie zitten.

4.1.2 Werkzame factoren van MBCT

Door Mindfulness-oefeningen leren de deelnemers stil te staan bij hun ziekte en gevolgen daarvan. Door de negatieve gedachtenpatronen te identificeren en van een afstandje te bekijken, helpt deelnemers voorkomen daar niet in te verzanden. Deze handvatten reduceren stress en angstige gevoelens bij deelnemers en kunnen ook na de training worden ingezet in stressvolle situaties, waardoor deelnemers zichzelf weer sneller in balans kunnen brengen. Dit vergroot het gevoel van zelfregie en controle bij de deelnemers. Verder kan het inzicht in waar men wel invloed op heeft (hoe men reageert) en waar niet (de ziekte of gevolgen daarvan) het vechten tegen de ziekte veranderen in acceptatie. Hierdoor kan in sommige gevallen doorontwikkeling naar ernstigere psychische aandoeningen, zoals een psychiatrische stoornis worden voorkomen. Schellekens *et al.* (2017) toonden aan dat het effect van de training groter is bij deelnemers met een grotere mate van depressieve en angstgevoelens.

4.1.3 Potentieel bereik van MBCT

Om het potentiële bereik van de interventie in kaart te brengen is gekeken naar de incidentie van kankerpatiënten in Nederland in 2016. Dit gaat om 108.400 personen. Hiervan lijdt naar schatting 37%-52% aan klinisch significante psychologische *distress* (Carlson *et al.*, 2004; Mehnert *et al.*, 2017). In dit rapport wordt er gerekend met een conservatieve schatting van 40%, wat dan neerkomt op 43.360 personen per jaar die lijden aan psychologische *distress*. Op basis van de expertise van de expertgroep is geschat dat 50% daarvan geïnteresseerd is in MBCT. Het jaarlijkse potentiële bereik van MBCT komt daarmee op 21.680 personen.

4.1.4 Kosten van MBCT

De kosten van de groeps-MBCT per patiënt zijn als volgt bepaald:

- | | |
|---|------------|
| • Directe tijd MBCT-trainer 26 uur in groepssessies van 10 personen | EUR 121,12 |
| • Indirecte tijd MBCT-trainer 14 uur per training | EUR 65,22 |
| • Ruimtehuur, werkboek, secretariële ondersteuning | EUR 110,00 |
| • Totale kosten per deelnemer op prijsniveau 2016 (kosten*1.009018) ¹⁰ | EUR 299,00 |

¹⁰ Initiële kosten waren gebaseerd op indexjaar 2014

De kosten van de online MBCT zijn als volgt bepaald:

- | | |
|---|------------|
| • Directe tijd MBCT-trainer per patiënt 6 uur | EUR 279,50 |
| • ICT kosten per patiënt | EUR 48,70 |
| • Totale kosten per deelnemer op prijsniveau 2016 (kosten*1.009018) ¹¹ | EUR 331,16 |

4.2 Kwalitatieve effecten

In de eerste paragraaf komen de bewezen effecten van MBCT voor de (ex-)kankerpatiënt aan de orde. Daarna komen de effecten die naar verwachting voor het sociaal steun systeem/de naasten optreden aanbod. Het kostenutiliteit-aspect van de interventie wordt besproken in paragraaf 4.3.

4.2.1 Bewezen effecten voor de (ex-)kankerpatiënt

Piet *et al.* (2012) onderzochten in een meta-analyse de effecten van Mindfulness Training op kankerpatiënten. Deze meta-analyse is gebaseerd op 22 onafhankelijke studies (n=1403), waarvan 13 niet-gerandomiseerde studies (n=448) en negen gerandomiseerde studies (n=995). Daarin werden middelgrote verbeteringen gevonden in zowel angst als depressieklachten. Schellekens *et al.* (2015) toonden in een systematische review van vijf RCT's die nadien zijn verschenen dat MBCT effectief bleef in het verbeteren van psychische klachten en kwaliteit van leven.

(Ex-)longkankerpatiënten

In Nederland is de effectiviteit van MBCT onderzocht in een *Randomized Control Trial* (RCT) waarin (ex)-longkankerpatiënten werden vergeleken met een controlegroep. Na CAU nam de interventie groep deel aan MBCT. Uit deze studie bleek dat de interventiegroep significant minder kampte met psychologische *distress*, zowel na de interventie als ruim drie maanden daarna. Zij rapporteerden minder angst en minder depressieve symptomen (Schellekens *et al.*, 2017, p. 3). Bovendien werd er een verbetering gevonden in de zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven, mindfulnessvaardigheden, rumineren en zelf-compassie. Geslacht, fase van de ziekte en deelname met of zonder partner hadden geen significante invloed op deze effecten.

(Ex-)kankerpatiënten met verschillende tumortypen

Voor de groter wordende groep mensen met kanker zou online MBCT (eMBCT) een toegankelijker alternatief kunnen zijn, maar de effectiviteit van eMBCT is nog niet eerder onderzocht voor deze groep. Daarom vergeleek de studie van Compen *et al.* (*accepted for publication*, 2018) MBCT en eMBCT met een wachtlijst-controlegroep, met als verwachting dat beide interventies effectief zouden zijn ten opzichte van de wachtlijst-controlegroep in het verminderen van psychologische *distress*. Kankerpatiënten met verschillende tumortypen en stadia werden geworven via social media, zorginstellingen en patiëntenorganisaties. Om deel te mogen nemen moest er sprake zijn van tenminste milde psychologische *distress* (een score van ≥ 11 op de *Hospital Depression and Anxiety Scale* (HADS)). Geïnteresseerden konden zichzelf screenen met de HADS op een onderzoekswebsite. Na screening werden deelnemers geloot naar MBCT in groepsvorm, eMCBT of de wachtlijst-controlegroep. Na 3 maanden werd de wachtlijst-controlegroep alsnog groeps- of eMBCT aangeboden. De primaire uitkomstmaat was de HADS-score direct na de interventie of de wachtlijst. Secundaire uitkomstmaten waren angst voor terugkeer van kanker, rumineren, positief mentaal welzijn, mindfulness-vaardigheden en kwaliteit van leven. In totaal werden 245 patiënten met verschillende typen kanker (61,6% borstkanker) en verschillende stadia van ziekte (15,9% palliatief) geloot naar groeps-MBCT (n=77), eMBCT (n=90) of wachtlijst-controlegroep (n=78). **Beide interventiegroepen kampen significant minder met psychologische distress in vergelijking met TAU, met matige effectgroottes.** Beide interventies verschilden niet van elkaar. Scores op secundaire uitkomstmaten, zoals rumineren, positief mentaal welzijn en mindfulness-vaardigheden waren eveneens significant verbeterd in beide

¹¹ Initiële kosten waren gebaseerd op indexjaar 2014

interventiecondities ten opzichte van TAU met klein tot matige effectgroottes, met twee uitzonderingen: angst voor terugkeer van kanker verminderde niet in groeps-MBCT ten opzichte van TAU, wel in eMBCT ten opzichte van TAU. Daarnaast verbeterde zelf-gerapporteerde fysieke kwaliteit van leven niet ten opzichte van TAU. Ondanks dat de uitval hoger was in eMBCT (30%) dan in groeps-MBCT (17%), lijkt eMBCT ook effectief ten opzichte van een wachtlijst-controlegroep in online vorm. Wanneer mensen met kanker en psychologische *distress* MBCT wensen maar niet kunnen/willen deelnemen aan de groep, is eMBCT een effectief alternatief. Tevens wijzen lange-termijn resultaten aan (tot 9 maanden na de interventie) dat het effect van beide interventies over tijd nog toeneemt en dat eMBCT het nog iets beter lijkt te doen dan MBCT na verloop van tijd (Cillessen *et al.*, 2018, *accepted for publication*).

4.2.2 Verwachte effecten voor het sociaal steunsysteem

Ondanks dat deze stakeholder wel in de brainstormsessie is benoemd als potentiële indirecte beneficiant van de interventie, is er nu geen directe aanleiding om aan te nemen dat MBCT effect heeft op het welzijn van de partner. Partners die deelnamen aan de interventie lieten geen verbetering zien. Mogelijk komt dit doordat partners in de periode na de diagnose en behandeling nog teveel gericht zijn op het herstel van de patiënt.

4.3 Kostenutiliteit MBCT

In deze mBC wordt gebruik gemaakt van voorlopige analyses van MBCT en online MBCT door Compen *et al.* (2018, *in preparation*). Hierin wordt de kostenutiliteit van MBCT en online MBCT vergeleken met *treatment as usual* (TAU). Patiënten werden op basis van loting ingedeeld in MBCT, online MBCT (eMBCT) of TAU. TAU bestond uit alle mogelijke zorg die patiënten zelf wensten tijdens een periode van drie maanden na randomisatie, behalve een mindfulness-interventie.

In het onderzoek van Compen *et al.* zijn gegevens verzameld over zorggebruik¹² middels een interview waarin werd gevraagd naar gegevens over zorggebruik, zoals bezoek aan de huisarts, bedrijfsarts, (bedrijf)maatschappelijk werker, fysiotherapeut of psycholoog, psychiater of psychotherapeut met een eigen praktijk, in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg of in een psychiatrisch ziekenhuis te verzamelen. Daarnaast zijn patiënten gevraagd naar poliklinische bezoeken, dagbehandelingen en ziekenhuisopnames. Als laatste is gekeken naar afwezigheid van het werk en/of mogelijke kosten gerelateerd aan verminderde arbeidsproductiviteit. De kostenposten die meegenomen zijn, zijn vergelijkbaar met Van der Spek *et al.* (2017b).

Daarnaast zijn gegevens verzameld over gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven middels zelfrapportage.¹³ Deze gegevens zijn verzameld op de volgende tijdstippen: Voorafgaand aan randomisatie (T0), na MBCT/eMBCT/TAU (T1), 3 maanden na interventie (T2) en 9 maanden na interventie (T3). Patiënten die geloot werden naar TAU, werden na T1 alsnog geloot naar één van de twee MBCT interventies. Dat betekent dat er geen follow-up gegevens beschikbaar zijn van patiënten die geloot zijn naar TAU.

Deze gegevens zijn preliminair, aangezien ze nog niet zijn gepubliceerd en daarmee niet gepeer-reviewed zijn. Desondanks laten de eerste analyses een positief beeld zien. Zowel deelnemers aan MBCT als eMBCT ervoeren een significant hogere kwaliteit van leven aan het einde van de behandeling in vergelijking met deelnemers in de TAU conditie.¹⁴ Bovendien rapporteerden deelnemers aan beide

¹² Op basis van de TiC-P (*Trimbos iMTA Questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness*, Hakkaart-van Roijen *et al.*, 2014)

¹³ Op basis van de (EQ-5D, the EuroQol group, 1990).

¹⁴ Zie tabel 2 in bijlage 2

MBCT interventies significant minder kosten in de periode voorafgaand aan de interventie tot het einde van de interventie.

Wanneer de maatschappelijke kosten in beide MBCT interventies worden vergeleken met deze kosten in de Treatment as Usual groep over de periode van start tot einde van de interventie, zien we een gemiddelde kostenbesparing van EUR 2.676 (gebaseerd op een spreiding van EUR 4.576 tot EUR 777) in Groeps-MBCT en een gemiddelde kostenbesparing van EUR 2.606 (gebaseerd op een spreiding van EUR 4.453 tot EUR 760) in Online MBCT.

Maatschappelijke kosten in € in periode baseline tot einde interventie		
Interventies	Gemiddelde besparing in €	Spreiding in €
Groeps MBCT vs. TAU	2.676	4.576 tot 777
eMBCT vs. TAU	2.606	4.453 tot 760

Tabel 1 Maatschappelijke kosten verschillen tussen de interventies ten opzichte van TAU

Deze voorlopige, nog niet gepubliceerde gegevens, laten zien dat beide MBCT interventies zowel effectiever zijn dan TAU, als ook leiden tot een kostenbesparing in maatschappelijk opzicht ten opzichte van TAU. Toekomstige analyses zullen uitwijzen of de twee MBCTs onderling nog verschillen laten zien op de langere termijn, en of een extrapolatie van kosten- en effectengegevens van deelnemers in de TAU conditie naar latere tijdstippen mogelijk is.

Daarnaast is gekeken naar andere studies die kosteneffectiviteit van MBCT of vergelijkbare interventies hebben onderzocht. Op dit moment zijn er nog weinig kosteneffectiviteitsstudies naar MBCT bij (ex-)kankerpatiënten. We bespreken er twee, die verschillende resultaten vonden. De eerste studie, uitgevoerd door Lengacher *et al.* (2013) vond dat een mindfulness stressreductieprogramma bij borstkankerpatiënten zowel effectiever (QALY +0,03) als duurder (+\$666) was vergeleken met de CAU-groep met wachtlijst. Deze bevinding is in lijn met de review van Jansen *et al.* (2016), waaruit bleek dat 8 van 11 psychosociale interventies voor kankerpatiënten zowel effectiever als duurder waren. In de tweede studie, uitgevoerd door Johannsen *et al.* (2017) is de kosteneffectiviteit van MBCT bij vrouwen met pijnklachten door borstkanker onderzocht. De interventiegroep had significant minder pijn en de zorg- en medicatiekosten waren EUR 729 goedkoper onder deze groep. MBCT bleek kosteneffectief met een waarschijnlijkheid van 85%. Alle interventies blijken dus effectiever dan CAU/TAU en vallen soms duurder en soms goedkoper uit dan CAU/TAU.

4.4 Deelconclusie

Samenvattend, kanker en daaruit volgende angstige- en depressieve klachten trekken een zware wissel op de (ex-)kankerpatiënt en de naasten (zie hoofdstuk 2). De MBCT-interventies zijn bewezen effectief in het verminderen van depressieve en angstgevoelens, rumineren en in het verbeteren van kwaliteit van leven, mindfulness vaardigheden en zelf-compassie. Voorlopige analyses uit een Nederlandse studie wijzen eveneens op een toename in kwaliteit van leven ten opzichte van de gebruikelijke zorg, evenals een kostenbesparing vanuit maatschappelijk perspectief. MBCT stelt deelnemers langdurig in staat op een gezonde manier om te gaan met stressvolle of angstige situaties. Hierdoor worden in sommige gevallen ernstigere psychische aandoeningen mogelijk voorkomen. Wat dit betekent voor de maatschappij als geheel wordt besproken in het volgende hoofdstuk.

5. Maatschappelijke effecten

Dit hoofdstuk gaat in op de effecten van beide interventies voor de maatschappij als geheel, uitgaande van de *theory of change*, zoals gepresenteerd in hoofdstuk 2. Door de interventie ondervindt de (ex-)kankerpatiënt een afname in angstige- en depressieve gevoelens, zoals in hoofdstuk 3 en 4 is beschreven. In samenhang hiermee kan ook een afname in piekeren en somberheid, slaapstoornissen/vermoeidheid worden verwacht en/of een betere moraal. Dit kan vervolgens leiden tot een verbeterde positieve gezondheid. Andersom kan ook worden beredeneerd dat een verbeterde positieve gezondheid bijdraagt aan een afname in piekeren en somberheid, slaapstoornissen of vermoeidheid of een betere moraal. Wanneer er sprake is van verbeteringen op bovengenoemde punten worden door de expertgroep ook positieve effecten voor de maatschappij verwacht op het gebied van zorggebruik, gebruik van ondersteuning vanuit de Wet Maatschappelijke ondersteuning, arbeidsproductiviteit, arbeidsverzuim en uitkeringen¹⁵.

5.1 Minder zorggebruik

Op basis van de bestaande kostenutiliteitstudie (Van der Spek, 2017b) bleek het niet mogelijk een uitsplitsing van de verschillende kostenposten te maken. We weten daarom niet de precieze omvang van de te verwachten besparingen die kunnen optreden als gevolg van de interventies. Wel is in de expertgroep de verwachting geuit dat er besparingen verwacht kunnen worden wat betreft bijvoorbeeld het bezoek aan de huisarts, of medisch specialist wanneer angstige- en depressieve gevoelens afnemen. Dit wordt ook onderschreven door diverse studies (Carlson, 2004; Simpson *et al.*, 2001; Han *et al.*, 2015). Han *et al.* (2015) vonden een toename in zorggebruik bij ex-kankerpatiënten die eveneens kampten met ernstige psychologische *distress* op alle zorgposten uitgezonderd tandheelkunde, ten opzichte van (ex-)kankerpatiënten die niet kampten met ernstige psychologische *distress*. Jaarlijks ging dit om een toename van \$4.431 (\$3.419-\$5.443). Personen die kampten met ernstige psychologische *distress* maar geen kanker hadden gehad, besteedden jaarlijks \$2.685 (\$2.099-\$3.271) meer aan gezondheidszorg. Angstige- en depressieve gevoelens bij (ex-)kankerpatiënten leiden dus tot een nog grotere toename aan zorgkosten. Wanneer deze klachten succesvol worden behandeld is een besparing op deze posten aannemelijk (Han *et al.*, 2015, p.621). Carlson *et al.* (2004) verwachten dat een afname van angstige en depressieve gevoelens ten goede kan komen aan de therapietrouwheid en het volgen van een gezonde levensstijl, wat vervolgens minder zorggebruik tot gevolg kan hebben. Uit de praktijkervaring van de expertgroep bleek dat mensen minder met vage klachten komen, waardoor de duur van een behandeltraject afneemt. Ook is het aannemelijk dat zij minder vaak een zorgprofessional bezoeken omdat ze beter in staat zijn rationeel op hun angsten te reageren.

Bovendien kunnen besparingen op zorggebruik nog groter zijn, wanneer mensen direct na behandeling de juiste begeleiding krijgen. Uit de praktijk blijkt dat daar vaak maanden tot jaren overheen gaan, waarin mensen kampen met klachten, daardoor belemmeringen in hun dagelijks leven ervaren en zorg inschakelen, zoals de huisarts of GGZ. In het ziekenhuis staat genezing voorop, maar er is nog weinig begeleiding in hoe men het leven na kanker vorm kan geven binnen de beperkingen die dat met zich meebrengt. Tijdens de interviews werd benoemd dat de (ex-)kankerpatiënten zelf door verzwakking vaak niet in staat zijn het zorgaanbod te bestuderen en/of in kunnen schatten wat ze nodig hebben.

ZGT wordt door de deelnemers gezien als aanvulling op de geestelijke gezondheidszorg omdat daar, volgens hen, vaak beperkte aandacht is voor zingevingproblematiek na kanker. Wanneer men niet had deelgenomen aan ZGT wordt verwacht dat ze dan langer gebruik hadden gemaakt van GGZ. Wanneer deze besparingen gerealiseerd worden zouden ze ten goede komen aan de zorgverzekeraar als financier van de zorg.

¹⁵ Zie onderste regel figuur 1 op blz. 15

5.2 Minder beroep op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Uit de *Theory of Change* (zie hoofdstuk 2) bleek al dat de expertgroep ook effecten verwacht voor deelnemers aan MBCT op het gebruik van ondersteuning vanuit de Wmo. De Wmo is erop gericht iedereen mee te laten doen aan de samenleving. Op basis hiervan kunnen mensen met een beperking de nodige voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen met als doel zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Wanneer mensen door de interventie beter in staat zijn hun leven na kanker vorm te geven en meer geactiveerd worden, is ondersteuning vanuit de Wmo mogelijk minder nodig. Denk bijvoorbeeld aan individuele begeleiding die regelmatig wordt geboden bij het invullen van een dagritme. MBCT voorziet hierin al gedeeltelijk, waardoor Wmo-begeleiding niet meer (of in mindere mate) nodig is.

Wmo-ondersteuning vormt een grote kostenpost voor gemeenten, en er wordt dan ook voortdurend gezocht naar manieren om ervoor te zorgen dat burgers deze ondersteuning zo min mogelijk nodig hebben. Op basis van de beschikbare onderzoeksgegevens kan het verwachte effect op Wmo-gebruik helaas niet worden onderbouwd of geïllustreerd. Hoewel er in de kostenutiliteitsstudies wel aandacht is besteed aan het gebruik van thuiszorg als onderdeel van de Wmo, kan het effect op dit specifieke element niet worden losgetrokken van het gehele financiële effect van de interventie. Echter, uit de praktijk weten we dat de kosten voor Wmo-ondersteuning aanzienlijk kunnen zijn. Ter illustratie, gemeente Zeist hanteert een uurtarief van EUR 44,30 voor reguliere individuele begeleiding¹⁶. Aannemende dat begeleiding vaak gedurende een langere periode plaatsvindt en soms meerdere uren per week, leidt dit al snel tot een aanzienlijke kostenpost.

In deze mBC bleek het niet mogelijk om het te verwachten financiële effect op Wmo-gebruik in kaart te brengen. Zowel de expertise van de expertgroep als de beschikbare literatuur zijn daarvoor ontoereikend. Aangezien de interventies de (ex-)kankerpatiënt beter in staat stellen zich aan te passen aan de gevolgen van kanker en hen te activeren zou een besparing kunnen optreden ten goede van de gemeentelijke budgetten.

5.3 Minder verzuim en verloren werkuren

Er wordt geschat dat ongeveer de helft van alle kankerpatiënten aan het werk is of beschikbaar is om te werken, wanneer zij de diagnose krijgen. Gemiddeld keert daarvan 65% (op basis van een range van 30-94%) terug naar werk na behandeling (Verdonck-de Leeuw *et al.*, 2010). Er is weinig bekend over de fase na de werkhervatting in termen van het functioneren op werk en ziekteverzuim (Dorland, 2017). Dit is ook afhankelijk van het type kanker. Bekend is dat mensen met een hersentumor meer belemmeringen ervaren door depressieve symptomen, vermoeidheid, cognitieve beperkingen en slaapproblemen dan bij andere vormen van kanker (Feurstein *et al.*, 2007). Cognitieve problemen kunnen werkprestaties, productiviteit en duurzaamheid op het werk negatief beïnvloeden. Bovengenoemde symptomen kunnen eveneens een rol spelen bij de (ex-)kankerpatiënten die kampen met angstige- en depressieve gevoelens (zie hoofdstuk 2). Van Rhenen *et al.* (2012) zien kansen om verzuim te reduceren. Hierin bepleiten zij, in lijn met het positieve gezondheidsmodel, te kijken naar factoren die de gezondheid bevorderen, waarbij 'bevlogenheid' een centrale rol speelt. Dit is een toestand van energie en toewijding, die beschermt tegen burn-out en verzuim (Schaufeli *et al.*, 2009). Energiebronnen, zoals sociale steun van bijvoorbeeld collega's, ontplooiingsmogelijkheden en autonomie, dragen bij aan de gezondheid van het individu, de motivatie en activatie van mensen. Rhenen *et al.* (2012) betogen dat wanneer door tijdig ingrijpen de *sense of coherence* – de overtuiging dat je invloed hebt op de dingen die in je leven gebeuren - bij werknemers wordt vergroot, (langdurig) verzuim kan worden voorkomen. Beide interventies zijn succesvol in het leren berusten en accepteren van de ziekte en het gevoel van autonomie te vergroten doordat mensen leren een keuze te hebben

¹⁶ Bron: <https://www.zeist.nl/inwoner/ondersteuning-en-zorg/hoogte-vergoedingen-wmo/> NB: dit tarief verschilt per gemeente

hoe ze op situaties te reageren. Bovendien draagt ZGT bij aan een vergrote persoonlijke zingeving. Het is daarom aannemelijk te verwachten dat er een afname op absenteïsme zou kunnen plaatsvinden. Daarnaast is MBCT bewezen effectief in het verminderen van rumineren, waardoor het aannemelijk is dat er een toename in presenteïsme – het aantal productieve uren wanneer aanwezig op werk – gerealiseerd kan worden.

Registraties over ziekteverzuim zijn vaak niet of moeilijk toegankelijk voor onderzoekers. Bovendien wordt door arbodienst niet landelijk melding gemaakt van verzuim. Derhalve zijn er op populatieniveau geen verzuimgegevens bekend. Voor de bepaling van productiviteitsverliezen is men dientengevolge afhankelijk van zelf-gerapporteerde data van verzuim. In de kostenutiliteitsstudie zijn ook kosten voor absenteïsme en presenteïsme meegenomen. Gezien de aard van het onderzoek kan er geen uitspraak gedaan worden over de frequentie en mate waarin dit effect optreedt. Wel is bekend dat één dag verzuim de werkgever ongeveer EUR 278 kost¹⁷. Potentieel gaat dit dus om aanzienlijke bedragen.

5.4 Minder uitkeringen

Het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), de organisatie die in Nederland belast is met de uitvoering van de werknemersverzekeringen (zoals de WW, WIA en Ziektewet) ontvangt ieder jaar meer dan 4.200 nieuwe aanvragen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanwege de diagnose kanker (Muijen, 2016, p. 209). Onbekend is hoeveel (ex-)kankerpatiënten welk type uitkering voor welke duur ontvangen, doordat zij lijden aan angstige en depressieve gevoelens als gevolg van kanker. Wel is aangetoond door De Boer *et al.* (2009) dat (ex-)kankerpatiënten 1,37 keer meer kans hebben om werkloos te worden dan de gezonde controlegroep. Verschillende studies hebben factoren onderzocht die invloed hebben op de terugkeer naar werk. De diagnose en een niet-ondersteunende werkomgeving beïnvloeden de terugkeer naar werk negatief, terwijl sociaal demografische kenmerken niet samenhangen met terugkeer naar werk, concludeerden Spelten *et al.* in een review van 14 studies (2002). Fysieke beperkingen, sociaal verminderd functioneren en psychische klachten als gevolg van kanker vormen een drempel voor terugkeer naar werk (Verdonck-de Leeuw *et al.*, 2010; Tervaarwerk *et al.*, 2013). Tervaarwerk *et al.* (2013) betogen dat de aanpak van blijvende gevolgen van kanker, zoals vermoeidheid en psychische klachten, de terugkeer naar werk kan bevorderen.

Beide interventies beogen een toename van angst voor bijvoorbeeld de terugkeer van kanker te voorkomen en zijn bewezen effectief in het verminderen van angstige en depressieve gevoelens. Dit heeft een positief effect op piekeren en vermoeidheid. Hierdoor kan men beter functioneren op het werk. MBCT biedt handvatten die ook na de training kunnen worden ingezet in stressvolle situaties, waardoor deelnemers zichzelf weer sneller in balans kunnen brengen. Dit verkleint de kans op uitval. Ook uit de kosteneffectiviteitsstudie van MBCT bij mensen die lijden aan somatisatiestoornissen (onverklaarbare lichamelijke klachten) in Denemarken bleek dat de interventie groep 15 maanden na de interventie 20% minder gebruik maakte van ongeschiktheidsuitkeringen (Fjorback *et al.*, 2013). Hoewel dit om een andere ziekte gaat, is de uitkomst veelbelovend, temeer daar de effecten van MBCT bij (ex-)kankerpatiënten groter zijn. Bovendien draagt werken bij aan zingevingservaring. Daarnaast werd in de interviews benoemd dat deelname aan de interventie zorgt dat men na de ziekte weer sneller in een ritme komt. Zelfs als men als gevolg van de interventie eerst begint met het doen van vrijwilligerswerk, is de stap tot de arbeidsmarkt verkleind doordat een ritme wordt gehandhaafd, men

¹⁷ Hakkaart-van Roijen *et al.* (2015) hanteren een tarief van EUR 34,75 productiviteitskosten per uur. 8 *EUR 34,75= EUR 278,- Dit is berekend op basis van de frictiekostenmethode er van uitgaand dat binnen een productieproces uiteindelijk iedereen vervangbaar is. Productiviteitsverliezen/additionele productiviteitskosten treden slechts op tijdens de periode die nodig is voor opvulling van de ontstane vacature als gevolg van lang werkverzuim. De lengte van deze periode is onder andere afhankelijk van de omvang van de werkloosheid en de mate van mobiliteit op de arbeidsmarkt, voor 2013 was dat vastgesteld op maximaal 85 dagen.

blijft deelnemen aan de maatschappij en sociale processen als interactie met collega's in stand worden gehouden. Hoe langer men uitvalt, des te groter de stap naar re-integratie wordt.

Hoewel er dus op basis van de expertise van de expertgroep en de literatuur geen uitspraken gedaan kunnen worden over de frequentie en mate waarin dit effect zou kunnen optreden, kan het voorkomen van een ziektebewaking voor een (ex-)kankerpatiënt leiden tot een besparing van EUR 25.550 per jaar.¹⁸ Zelfs als dit effect slechts voor een klein deel van de doelgroep van ZGT, MBCT en e-MBCT zou optreden, is de maatschappelijke kostenbesparing nog steeds aanzienlijk vergeleken met de kosten van de interventie á EUR 288 (ZGT), EUR 299 (MBCT) en EUR 331 (eMBCT).

¹⁸ Gebaseerd op 70% van modaal jaarsalaris (EUR 36.500)

6. Conclusie

Door verbeterde diagnostiek en behandeling blijven steeds meer (ex-)kankerpatiënten in leven. Hierdoor nemen de zorguitgaven aan kanker toe. Van de (ex-)kankerpatiënten kampt ongeveer 64% met angstige- en depressieve gevoelens, wat hun kwaliteit van leven negatief beïnvloedt. In dit rapport zijn de effecten van twee interventies, namelijk Zingevingegerichte Groepstherapie (ZGT) en Mindfulness-Based Cognitieve Gedragstherapie (MBCT), voor zowel de (ex-)kankerpatiënt en de maatschappij als geheel onderzocht. Daarnaast is aandacht besteed aan de kostenutiliteit van beide interventies.

6.1 Effecten en kostenutiliteit ZGT

ZGT is bewezen effectief in het realiseren van een verbetering in persoonlijke zingeving, psychologisch welbevinden en in het aanpassingsvermogen aan kanker op de korte termijn en een afname in angstige en depressieve gevoelens op de lange termijn. Naast bovengenoemde bewezen effecten wordt als gevolg van de interventie een afname in zorglast voor de naasten/partner verwacht evenals een afname in relatieproblemen. De (ex-)kankerpatiënt leert focussen op wat wél kan en om zijn/haar emoties te (h)erkennen en benoemen in plaats van te vechten of te vluchten. Hierdoor wordt men sneller geactiveerd en kan men zich tevens beter uiten naar de partner.

De kosten van ZGT bedragen EUR 288 (indexjaar 2014) per deelnemer. Daarnaast blijkt uit de kostenutiliteitsstudie dat er sprake kan zijn van een besparing van EUR 812 ten opzichte van CAU per patiënt, gebaseerd op een spreiding van EUR -2.830 - EUR 1.350. Zingevingegerichte groepstherapie heeft een waarschijnlijkheid van 94% om meer effectief te zijn in het winnen van QALY's dan CAU en een waarschijnlijkheid van 78% dat het goedkoper is dan CAU. De kans dat ZGT zowel effectiever als goedkoper is dan CAU is 74%.

6.2 Effecten en kostenutiliteit MBCT

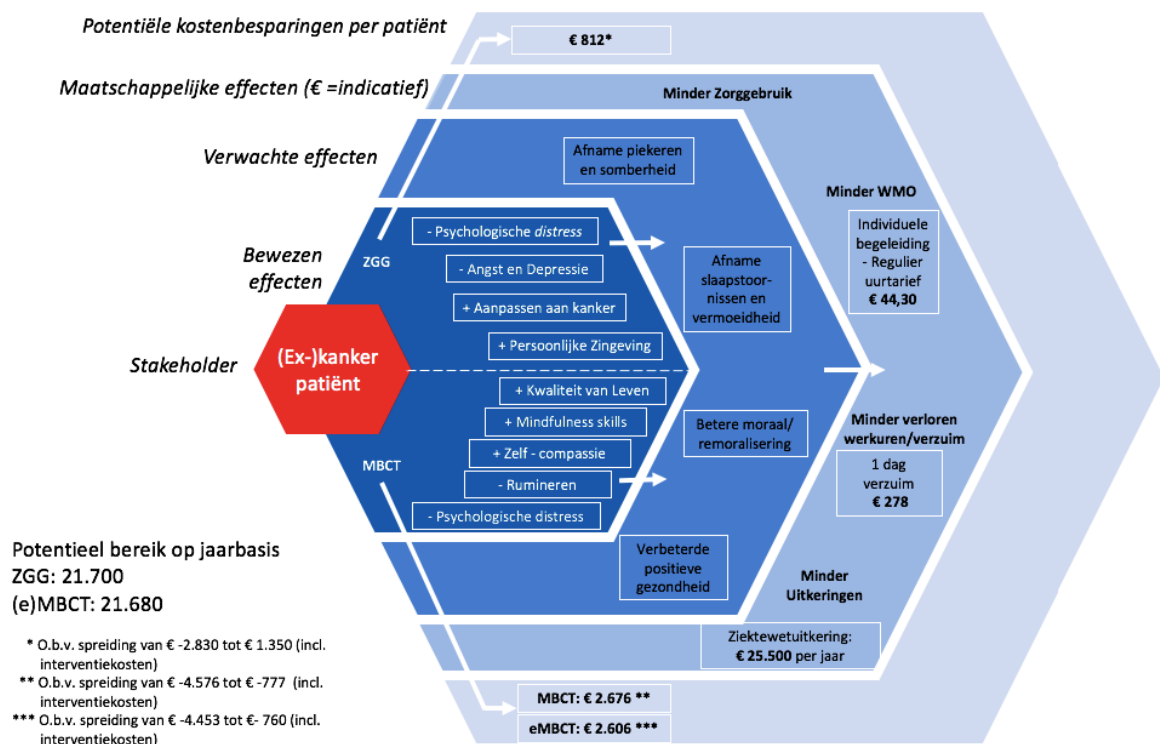
MBCT is bewezen effectief in het verminderen van angstige en depressieve gevoelens en rumineren, en in het verbeteren van de kwaliteit van leven, mindfulness vaardigheden en zelf-compassie. MBCT stelt deelnemers op een duurzame manier in staat om gezond om te gaan met stressvolle of angstige situaties. Hierdoor wordt het risico op ontwikkeling van ernstige psychische aandoeningen mogelijk voorkomen. Juist ook mensen die geen psychische aandoening hebben kunnen door MBCT zichzelf sneller in balans brengen, wat het re-integratieproces bevordert.

De kosten van MBCT worden, afhankelijk van aanbieden in groepsvorm of individueel online, geschat op respectievelijk 299 en 331 euro per patiënt. Voorlopige, nog ongepubliceerde gegevens uit een Nederlandse studie wijzen op een toename in kwaliteit van leven, evenals een kostenbesparing vanuit maatschappelijk perspectief na MBCT ten opzichte van gebruikelijke zorg. Het gaat om een gemiddelde kostenbesparing van EUR 2.676 (gebaseerd op een spreiding van EUR 4.576 tot EUR 777) in Groeps-MBCT en een gemiddelde kostenbesparing van EUR 2.606 (gebaseerd op een spreiding van EUR 4.453 tot EUR 760) in Online MBCT.

6.3 Verwachte maatschappelijke effecten

Zoals hierboven beschreven, ondervindt de (ex-)kankerpatiënt als gevolg van de interventie een afname in angstige en depressieve gevoelens. In samenhang hiermee kan ook een afname in piekeren en somberheid, slaapproblemen/vermoeidheid worden verwacht en/of een betere moraal. Dit kan vervolgens leiden tot een verbeterde positieve gezondheid. Andersom kan ook worden beredeneerd dat een verbeterde positieve gezondheid bijdraagt aan een afname in piekeren en somberheid, slaapproblemen of vermoeidheid of een betere moraal. Het is aannemelijk dat deze effecten als gevolg

van de interventie optreden, hoewel niet elk effect bij elke patiënt hoeft op te treden of in dezelfde mate. Wanneer er sprake is van verbeteringen op bovengenoemde punten worden door de expertgroep ook positieve effecten voor de maatschappij verwacht op het gebied van zorggebruik, gebruik van ondersteuning vanuit de Wet Maatschappelijke ondersteuning, arbeidsproductiviteit, arbeidsverzuim en uitkeringen. Hoewel het niet mogelijk was de mate waarin de effecten optreden vast te stellen, zijn ter illustratie de financiële waarde van de te verwachte kostenbesparingen weergegeven in Figuur 2.



Figuur 3 Effecten en potentiële kostenbesparingen per patiënt per interventie

6.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

In bestaande literatuur worden effecten en zorggebruik vaak onderzocht tot 6 maanden na de interventie. Hierdoor blijven mogelijke lange termijneffecten en daaraan gerelateerde (zorg)kostenbesparingen buiten beschouwing. Gezien de stijgende zorgkosten die gepaard gaan met (de gevolgen van) kanker, verdient dit nader onderzoek.¹⁹

Hoewel wetenschappelijke studies wel aandacht besteden aan absentisme en presenteïsme, is de mate waarin (ex)kankerpatiënten gebruik maken van ondersteuning vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) nog nauwelijks onderzocht. Inzicht in het gebruik hiervan kan gemeenten helpen om de zorginkoop zo goed mogelijk vorm te geven.

Een derde onderzoek aanbeveling betreft het in kaart brengen van het type en duur van de uitkeringen die (ex-)kankerpatiënten ontvangen. Gezien de blijvend groeiende groep van (ex-)kankerpatiënten die kampen met angstige en depressieve gevoelens, zou onderzoek naar verzuim of uitkeringsgegevens als gevolg daarvan de daadwerkelijke grootte van dit probleem inzichtelijk maken en de relevantie van interventies op dat vlak ook kunnen illustreren. Het ontwerpen van een gestandaardiseerde vragenlijst op het gebied van werk die in alle kanker-gerelateerde studies gebruikt kan worden, zou hierbij behulpzaam zijn.

¹⁹ Voor ZGT loopt een onderzoek naar de effecten tot 12 en 24 maanden. Deze resultaten worden in juli 2018 verwacht.

Tenslotte kan worden onderzocht of ZGT kan worden doorontwikkeld naar een online zelfhulpinterventie. De verwachting is dat de effectiviteit daarvan iets lager is, maar het bereik veel groter en de kosten van de interventie lager.

Bronvermelding

Boer, A.G.E.M., de, Taskila, T., Ojajärvi, A., Van Dijk, F. J., & Verbeek, J. H. (2009). Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of American Medical Association*, 301(7), 753-762.

Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A.J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., Pessin, H., Lichtenthal, W., Sjoberg, D., Cassileth, B.R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology* 30, 1304–9.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., Lichtenthal, W.G. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 33, 749–754.

Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., . . . Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90, 2297-2304.

Chochinov, H.M., Hack, T.F., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S., Harlos, M. (2005). Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology* 23.

Cillessen, L., Schellekens, M.P.J., Van de Ven, M.O.M., Donders, A.R.T., Compen, F.R., Bisseling, E.M. Van der Lee, M. L. & A.E.M. Speckens. (2018). Consolidation and Prediction of Long-term Treatment Effect of Group and Online Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Distressed Cancer Patients. *Accepted for publication, Acta Oncologica*.

College voor Verzekeringen. (2013). Kosteneffectiviteit in de zorg. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/09/30/kosteneffectiviteit-in-de-zorg>

Compen, F.R., Bisseling, E.M., Schellekens, M.P.J., Donders, A.R.T., Carlson, L.E., Van der Lee, M.L., & A.E.M. Speckens. (2018). Face-to-face and individual internet-based Mindfulness-Based Cognitive Therapy compared to Treatment As Usual in reducing psychological distress in cancer patients: a multicentre randomized controlled trial. *Accepted for publication, Journal of Clinical Oncology*.

Dierdorp-Schep, M.E., Prins, J.B., & Prooijen-De Jong, A. van. (Juli, 2016b). Angstklachten. Verkregen via <https://www.kanker.nl/bibliotheek/angst/wat-is/9474-angstklachten>

Dorland, H. (2017, 6 april). Functioneren in werk na de diagnose kanker. Verkregen via https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/kringen/Heleen_Dorland-Werken_na_de_diagnose_kanker.pdf.

Feuerstein, M., Hansen, J. A., Calvio, L. C., Johnson, L., & Ronquillo, J. G. (2007). Work productivity in brain tumor survivors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(7), 803-811.

Fjorback, L. O., Carstensen, T., Arendt, M., Ørnbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: analysis of economic consequences alongside a randomized trial. *Journal of psychosomatic research*, 74(1), 41-48.

Hakkaart-van Roijen L, Straten A, Donker M, et al: Trimbos/iMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness (TiC-P). Rotterdam, Institute for Medical Technology Assessment, 2014

Han, X., Lin, C. C., Li, C., Moor, J. S., Rodriguez, J. L., Kent, E. E., & Forsythe, L. P. (2015). Association between serious psychological distress and health care use and expenditures by cancer history. *Cancer*, 121(4), 614-622.

Heins, M., Schellevis, F., Rijken, M., Donker, G., Hoek, L. van der, & Korevaar, J. (2013). Partners of cancer patients consult their GPs significantly more often with both somatic and psychosocial problems. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31, 203-208. doi:10.3109/02813432.2013.861153

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *BMJ: British Medical Journal (Online)* 343, 1-3.

Huizinga, G.A. (2006). The Impact of parental cancer on children. Verkregen via <http://www.rug.nl/research/portal/files/2869586/samenvat.pdf>

IKNL. (Oktober, 2017). Cijfersoverkanker.nl.

Jacobsen, J. C., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Friedlander, R. J., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2006). Depression and demoralization as distinct syndromes: Preliminary data from a cohort of advanced cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 12(1), 8.

Jansen, F., van Uden-Kraan, C. F., van Zwieten, V., Witte, B. I., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2015). Cancer survivors' perceived need for supportive care and their attitude towards self-management and eHealth. *Supportive Care in Cancer*, 23(6), 1679-1688.

Jansen, F., Zwieten, V. van, Coupé, V. M. H., Leemans, R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). A Review on Cost-Effectiveness and Cost-Utility of Psychosocial Care in Cancer Patients. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2), 125-136.

Kompanje, E., de Jong, A. F., van Duijn, D., Pek, C., van Eijck, C., van Toorn, M., & Brand, A. (2014). Weinig gebruik van Wmo. *Pallium*, 16(1), 23-25.

Kissane, D.W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D.M., Miach, P., Ikin, J., Ranieri, N., Snyder, R.D. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 22, 4255-4260.

Lebel, S., Tomei, C., Feldstain, A., Beattie, S., & McCallum, M. (2013). Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Supportive Care in Cancer*, 21(3), 901-906.

Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., Laizner, A.M., Gagnon, A.J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62, 3133-3145.

LeMay, K., & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 472-493.

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., . . . Faller, H. (2017). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 1-8.

Menzis. (10 November 2017). *Zorgverzekeraars tekenen voor bevorderen van Positieve Gezondheid*. Verkregen via: <https://www.menzis.nl/publicaties/zorg-zorgverzekering/2017/11/10/zorgverzekeraars-tekenen-voor-bevorderen-van-positieve-gezondheid>

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Meerjarenprogramma Depressiepreventie*. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/02/15/rapport-meerjarenprogramma-depressiepreventie-versie-14-februari-2017>

Muijen, van P. (2016). *Work ability and fatigue in cancer survivors on long-term sick leave* (Proefschrift). Verkregen via <https://www.kcvg.nl/images/kcvg/onderzoek/proefschriftpetervanmuijen23112016.pdf>

Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1007–1020.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (Juni 2017). Zonder context geen bewijs Over de illusie van evidence-based practice in de zorg (Publicatie 17-05). Verkregen via https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Zonder_context_geen_bewijs.pdf

Rhenen, W. van, Hoedeman, R., & Roelen, C. (2012, 18 april). Met bevlogenheid verzuim te lijf. Verkregen via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/met-bevlogenheid-het-verzuim-te-lijf.htm>

RIVM. (z.j.) Zorguitgaven - Hoe ontwikkelen zich de zorguitgaven in de toekomst? Verkregen via <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and Resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893-917.

Schellekens, M.P.J, Compen, F.R., van der Lee, M.L, van der Drift, M.A. Speckens A.E.M. (2015). Effectiviteit van mindfulness-based interventies bij patiënten met kanker: een systematische review van recente gerandomiseerde studies. *Nederlands Tijdschrift voor Oncologie*, 12, 11-18.

Schellekens, M. P. J., Hurk, D. G. M. van der, Prins, J. B., Donders, A. R. T., Molema, J., Dekhuijzen, R., . . . Speckens, A. E. M. (2017). Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 1-9. doi:10.1002/pon.4430

Simpson JSA, Carlson LE, Trew M. 2001. Impact of a group psychosocial intervention on health care utilization by breast cancer patients. *Cancer Practice* 9, 19–26.

Smulders, Y. M., & Thijs, A. (2006). Kostprijs per gewonnen levensjaar: trends en tegenstrijdigheden. *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde*, 150(45), 2467-2470. Verkregen via <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/2006124670001a.pdf>

Sjövall, K., Attner, B., Lithman, T., Noreen, D., Gunnars, B., Thomé, B., & Olsson, H. (2009). Influence on the health of the partner affected by tumor disease in the wife or husband based on a population-based register study of cancer in Sweden. *Journal of Clinical Oncology*, 27(28), 4781-4786.

Spek, N. van der. (z.j.). *Therapie geeft je een keuze*. Verkregen via https://www.ingeborgdouwescentrum.nl/images/downloads/Therapie_geeft_je_een_keuze.pdf

Spek, N. van der. (2016). *Meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: development, efficacy and cost-utility*. Verkregen via <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/54566/complete?sequence=6>

Spek, N. van der, Willemsen, V., Knipscheer-Kuipers, K., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017a). *Behandelprotocol Zingevingingsgerichte Groepstherapie voor mensen met kanker*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Spek, N. van der, Jansen, F., Holtmaat, K., Vos, J., Breitbart, W., van Uden-Kraan, C. F., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017b). Cost-utility analysis of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors. *Meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: development, efficacy and cost-utility*, 89.

Spek, N. van der, Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017c). Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 47(11), 1990-2001.

Spelten, E.R., Sprangers, M.A., Verbeek, J.H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology*, 11, 124-131.

Staat van Volksgezondheid en Zorg. (2016). Kerncijfers- Kanker: sterfte. Verkregen via <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/kanker-sterfte>

Verdonck-de Leeuw, I. M., Bleek, W. J. van, Leemans, C. R., & Bree, R. de. (2010). Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral Oncology*, 46, 56-60.

Tervaarwerk, A. J., Lee, J. W., Sesto, M. E., Buhr, K. A., Cleeland, C. S., Manola, J., ... & Fisch, M. J. (2013). Employment outcomes among survivors of common cancers: the Symptom Outcomes and Practice Patterns (SOAPP) study. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(2), 191-202.

The EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy*, 16(3), 199-208.

Ma, S.H. & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31- 40.

TNS Nipo. (2016). Behoefteteiling bij (ex-)kankerpatiënten. Opvraagbaar bij KWF Kankerbestrijding.

Trimbos Instituut. (2015). *Depressiepreventie: gerichte aanpak voor risicogroepen*. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/05/06/depressiepreventie-gerichte-aanpak-voor-risicogroepen>

Zorginstituut Nederland. (2015). Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Verkregen via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/01/15/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk>

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht van uitgevraagde kostenposten – Zingevinggerichte Groepstherapie

Directe Medische kosten

Vraag: Hoe vaak heeft u in de afgelopen periode gebruik gemaakt van ...?

- Huisarts
- Bedrijfsarts
- Bedrijfsmaatschappelijk werker
- Maatschappelijk werker, bijvoorbeeld via het UWV
- Fysiotherapeut
- Diëtist(e)
- Psycholoog, psychiater of psychotherapeut met een eigen praktijk
- Psycholoog, psychiater of psychotherapeut in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg
- Psycholoog, psychiater of psychotherapeut in een instelling voor verslavingszorg, zoals Jellinek
- Polikliniek van een psychiatrisch ziekenhuis
- Pastorale/geestelijke verzorging in het ziekenhuis
- Thuiszorg: huishoudelijke hulp
- Thuiszorg: persoonlijke verzorging
- Wijkverpleegkundige
- Medicatie (gebruik van kalmerende of slaapbevorderende, pijnstillende medicatie of medicatie tegen gevoelens van neerslachtigheid of angst)
- Poliklinisch bezoek van specialist
- Dagbehandeling
- Ziekenhuis opname

Directe niet-medische kosten

- Zelfhulpgroepen, zoals anonieme alcoholisten groepen, beweegprogramma's zoals herstel en balans
- Informele zorg, zoals hulp van familie of vrienden of hulp van anderen, nl.
- Reis-en parkeer kosten naar gezondheidszorginstellingen

Indirecte non-medische kosten

- Absenteïsme van betaald werk op basis van het aantal dagen verzuimd van werk
- Presenteïsme betaald werk op basis van het aantal dagen gewerkt waarin een gezondheidsbelemmering werd ervaren en een inschatting van de verloren kwantiteit en kwaliteit op een schaal van 1 veel slechter – 10 zelfde werkprestatie als normaal.

Bijlage 2: Resultaten MBCT

Tabel 2: Dutch EQ-5D tariff end of treatment/ TAU					
	<i>M</i>	<i>SE</i>	95% Betrouwbaarheidsinterval		<i>p</i> *
			Lower Bound	Upper Bound	
Group MBCT (<i>n</i> =64)	.86	0.019	0.821	0.898	<.001
eMBCT (<i>n</i> =72)	.85	0.018	0.814	0.886	<.001
TAU (<i>n</i> =63)	.75	0.020	0.716	0.793	
* vergeleken met TAU					

Tabel 2 Gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven bij deelnemers aan MBCT, eMBCT en TAU

Tabel 1 laat zien dat patiënten in beide MBCT-condities significante hogere kwaliteit van leven rapporteerden op end-of-treatment vergeleken met deelnemers in de TAU conditie.

Tabel 3: Maatschappelijke kosten in € in periode baseline - direct na MBCT / eMBCT/ TAU						
		Gemiddeld verschil in €	SE	<i>P</i>	95% Betrouwbaarheidsinterval	
					Lower Bound	Upper Bound
Group MBCT (<i>n</i> =64)	eMBCT	-70	932,19	0,94	-1768	1909
	TAU	-2676	963,20	0,06	-4576	-777
eMBCT (<i>n</i> =72)	Group MBCT	70	932,19	0,94	-1909	1768
	TAU	-2606	936,26	0,06	-4453	-760

Tabel 2 laat zien dat patiënten in beide MBCT-condities significant minder kosten rapporteerden in de periode tussen baseline en end-of-treatment vergeleken met deelnemers in de TAU conditie. Dit kostenoverzicht is inclusief de interventiekosten.



Radboudumc

Centrum voor Mindfulness



Ingeborg Douwes
Centrum

Psychologische (na)zorg bij kanker

