

DE PSYCHOSOCIALE STATUS EN LEEFSITUATIE VAN OUDERE KANKERPATIËNTEN

**Project gerealiseerd met de steun van Kom op tegen Kanker,
de campagne van de Vlaamse Liga tegen Kanker VZW**

**Laura Deckx, Marjan van den Akker, Liesbeth Daniels, Tine De Burghraeve, Carine van den
Broeke, Paul Bulens, Frank Buntinx**

Maart 2013

PROJECTGEGEVENS

PROJECTVERANTWOORDELIJKE:

Prof. Frank Buntinx

Frank.buntinx@med.kuleuven.be

ADRES

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Kapucijnenvoer 33 blok J bus 7001

300 Leuven

SAMENVATTING

Met de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal oudere kankerpatiënten toe. Traditiegetrouw wordt de effectiviteit van een behandeling geëvalueerd aan de hand van overleving. Bij oudere kankerpatiënten zijn andere uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven waarschijnlijk minstens even relevant [1]. Idealiter zou het doel van behandeling moeten zijn *“to add life to years, not years to life”*. Daarom willen we in kaart brengen wat de impact is van een diagnose en behandeling van kanker, veroudering en de interactie tussen beide op het welzijn van oudere kankerpatiënten.

Welzijn werd geoperationaliseerd als de psychosociale status (het geheel van depressie, eenzaamheid, distress, kwaliteit van leven en cognitie) en leefsituatie (woonsituatie en sociale ondersteuning).

We zullen trachten volgende vragen te beantwoorden:

1. Wat zijn de psychosociale consequenties en consequenties voor de leefsituatie van een kankerdiagnose en -behandeling bij oudere kankerpatiënten?
2. Wat is de invloed van veroudering, van de kankerdiagnose en -behandeling en van de interactie tussen beide op de psychosociale status en leefsituatie van oudere kankerpatiënten?

Deze vragen werden onderzocht binnen het kader van de Klimop-studie (Kanker bij Limburgse en Vlaams-Brabantse Ouderen Project). Dit is een lopende observationele cohortstudie bij oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar) en twee controlegroepen; ouderen patiënten zonder een eerdere diagnose van kanker (≥ 70 jaar; controle voor kanker) en jongere patiënten met kanker (50 – 69 jaar; controle voor veroudering). Data werden verzameld bij inclusie, na zes maanden follow-up en na één jaar follow-up. De dataverzameling bestond uit een persoonlijk interview (socio-demografische informatie, algemene gezondheidsinformatie en een ‘comprehensive geriatric assessment’, aangevuld met vragenlijsten over kwaliteit van leven, coping en een eenzaamheidsschaal) en verzameling van medische gegevens.

De meest voorkomende psychosociale problemen bij oudere kankerpatiënten waren last van distress (66% rond het moment van de diagnose) en eenzaamheid (25% rond het moment van de diagnose). Voor oudere kankerpatiënten en jongere kankerpatiënten was de prevalentie van distress ten tijde van de diagnose van kanker vergelijkbaar (rond de 66%), terwijl distress maar half zoveel voorkwam bij ouderen zonder kanker. Één jaar later werden geen verschillen tussen ouderen met en zonder kanker meer gevonden, maar in beide groepen had nog steeds 46% van de patiënten last van distress.

Eenzaamheid daarentegen kwam ten tijde van diagnose minder voor bij oudere kankerpatiënten (25%) in vergelijking met ouderen zonder kanker (40%). Dit was eveneens zo voor de twee subtypes van eenzaamheid, sociale en emotionele eenzaamheid. Na één jaar werden geen verschillen tussen beide groepen meer teruggevonden. In zekere zin had kanker dus een temperende invloed op eenzaamheid, waarbij rond de diagnose van kanker eenzaamheid minder voorkwam bij ouderen met kanker in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder kanker. Nadien steeg het voorkomen van eenzaamheid echter

naar 42%, een niveau dat vergelijkbaar was aan dat van leeftijdsgenoten. Dit kan mogelijk verklaard worden door de sociale steun die kankerpatiënten vooral ervaren in de acute periode van de diagnose en behandeling, maar die in de volgende maanden niet stand houdt. Verdere opvolging moet uitwijzen of net deze stijging in eenzaamheid consequenties heeft voor andere psychosociale problemen zoals depressie. Voor andere psychosociale problemen zoals cognitief functioneren en depressie zien we eerder kleine veranderingen en verschillen tussen oudere kankerpatiënten, jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker. Zo steeg de prevalentie van depressie bij oudere kankerpatiënten van 14% ten tijde van de diagnose tot 21% één jaar later. Ook hier zal verdere opvolging moeten uitwijzen of deze stijgende trend zich voortzet. Cognitief functioneren ging bij zowel oudere als jongere kankerpatiënten achteruit tussen het moment van de diagnose en zes maanden later, maar één jaar na de diagnose was het cognitief functioneren weer verbeterd voor het merendeel van de patiënten.

Globaal genomen ging het in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder kanker zo slecht nog niet met de oudere kankerpatiënten in onze studie. Desalniettemin zijn er op deze leeftijd individueel uiteraard wel mensen die psychosociale problemen krijgen. Daarom hebben we met multivariate analyses uitgezocht welke factoren psychosociale problemen voorspellen. Hierbij viel het ons op dat voornamelijk de verschillende items van de Distress Barometer de kans op psychosociale problemen voorspelden. De Distress Barometer blijkt dus een nuttig instrument te zijn om mensen met een verhoogde kans op nieuwe psychosociale problemen te identificeren. Zo voorspelden één of meer items van de Distress Barometer de kans op het ontstaan van emotionele eenzaamheid, depressie, achteruitgang en vooruitgang in kwaliteit van leven en cognitieve status. In een volgende stap willen wij de voorspellende waarde van dit instrument als geheel evalueren.

Tot slot, om ons vooropgestelde behandeldoel *“to add life to years, not years to life”* te realiseren moeten er nog heel wat stappen genomen worden. De Klimop-studie kan helpen een stap in deze richting te zetten. Tot nu toe zien we dat de psychosociale problemen die zich voordoen bij oudere kankerpatiënten eerder generisch van aard zijn en evenzeer voorkomen bij leeftijdsgenoten zonder kanker of bij jongere kankerpatiënten. Voor de aanpak van psychosociale problemen kunnen we ons wellicht grotendeels baseren op reeds bestaande programma's. Hierbij moeten we er wel op waken dat we alle patiënten niet *“over dezelfde kam scheren”* en dat we individuele noden niet uit het oog verliezen. Met het ouder worden hecht men bijvoorbeeld vaker aan nauwe, emotioneel nabije contacten zoals beschreven wordt in de *“socioemotional selectivity theory”* [2]. In dit opzicht is de toename in emotionele eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten verontrustend. Een pasklare oplossing voor eenzaamheid, laat staan voor emotionele eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten, bestaat er tot op heden niet.

Er blijven dus nog heel wat vragen onbeantwoord: Zal eenzaamheid bij oudere patiënten met kanker blijven toenemen? Welke gevolgen heeft dit voor het welzijn van de patiënten? Wat kunnen we hieraan doen? Zal de stijging in depressie zich voortzetten? Blijven kankerpatiënten last hebben van distress? Kan de Distress Barometer gebruikt worden om psychosociale problemen te monitoren?

Het verder opvolgen van dit cohort is cruciaal om deze vragen te beantwoorden en op basis daarvan de zorg voor en begeleiding van oudere kankerpatiënten verder op punt te stellen.

INHOUDSOPGAVE

Achtergrond	6
Doelstellingen	6
Methoden	7
1. Studiedesign en populatie	7
2. Rekrutering	8
3. Gegevensverzameling	8
4. Definities	11
5. Statistische analyses	13
Resultaten	15
1. Beschrijving van de populatie en covariabelen	15
2. Beschrijving van mortaliteit en lost to follow-up	18
3. Beschrijving van de leefsituatie	20
4. Beschrijving van de psychosociale situatie	28
4.1 Depressie	28
4.2 Eenzaamheid	37
4.2.1 Emotionele eenzaamheid	39
4.2.2 Sociale eenzaamheid	47
4.3 Distress	54
4.4 Kwaliteit van leven	64
4.5 Cognitieve status	77
4.6 Coping	89
5. Discussie	97
Nuttige bronnen	99
Lijst van afkortingen	100
Lijst van tabellen	101
Lijst van figuren	103
Appendix 1. Gegevensverzameling	105

Appendix 2. Selectiebias	115
Appendix 3. Leefsituatie cross-sectioneel	119
Appendix 4. Leefsituatie longitudinaal	121
Appendix 5. Totale eenzaamheid	123
Appendix 6. Klachten distress	129
Referenties	132

ACHTERGROND

Wereldwijd is kanker intussen de belangrijkste doodsoorzaak (zie www.who.int en Globocan 2008). Net als veel andere chronische ziekten komt kanker vooral voor bij ouderen [3]. Door verbeterde opsporing en behandelingen en door de vergrijzing van de bevolking zal het aantal kankerpatiënten blijven stijgen [4]. Naar verwachting zullen tegen 2030, 70% van alle kankers gediagnosticeerd worden bij mensen ouder dan 65 jaar.

Ondanks de groeiende groep ouderen met kanker, blijft de kennis over deze specifieke patiëntengroep beperkt [5, 6]. Traditiegetrouw wordt de effectiviteit van een behandeling geëvalueerd aan de hand van overleving. Bij oudere kankerpatiënten zijn andere uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven waarschijnlijk minstens even relevant [1]. Idealiter zou het doel van behandeling moeten zijn *“to add life to years, not years to life”*.

De impact van een diagnose en behandeling van kanker op het welzijn van oudere kankerpatiënten is een belangrijk aspect dat onbelicht blijft in huidig onderzoek. Daarom willen we aan de hand van een prospectieve cohortstudie in kaart brengen wat de impact is van een diagnose en behandeling van kanker, veroudering en de interactie tussen beide op het welzijn van oudere kankerpatiënten. Welzijn zullen we operationaliseren aan de hand van psychosociale status en leefsituatie.

DOELSTELLINGEN

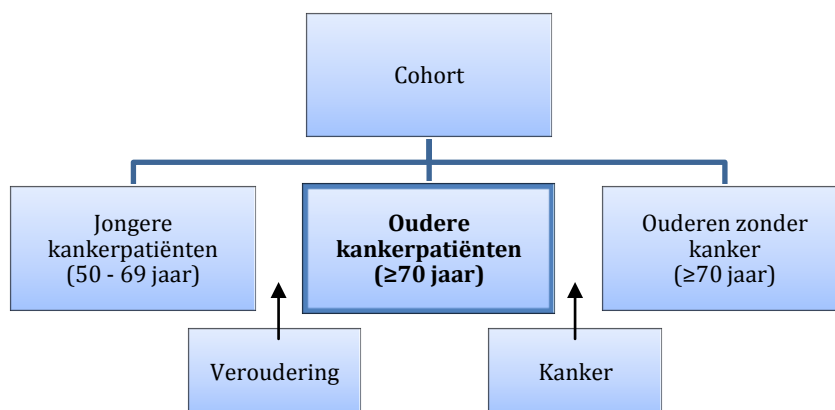
1. Het beschrijven van de psychosociale consequenties en de veranderingen in leefsituatie van een kankerdiagnose en -behandeling bij oudere kankerpatiënten.
2. Het nagaan van de invloed van veroudering, van de kankerdiagnose en -behandeling en van de interactie tussen beiden hierop.

METHODEN

1. STUDIEDESIGN EN POPULATIE

Het project werd gerealiseerd binnen het kader van de Klimop-studie (Kanker bij Limburgse en Vlaams-Brabantse Ouderen Project). Dit is een lopende observationele cohortstudie bij oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar) en twee controlegroepen; oudere patiënten zonder een eerdere diagnose van kanker (≥ 70 jaar; controle voor kanker) en jongere patiënten met kanker (50 – 69 jaar; controle voor veroudering). Het protocol van deze studie werd reeds gepubliceerd in het tijdschrift *BMC Public Health* [7].

Figuur 1. Studieopzet



De studiepopulatie bestaat uit:

- Cases: Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar), met een primaire en eerste diagnose van borst-, long- of gastro-intestinale kanker
- Controlegroep 1: Ouderen zonder een eerdere diagnose van kanker (≥ 70 jaar, controle voor kanker), uitgezonderd BCC van de huid
- Controlegroep 2: Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar, controle voor veroudering), met een primaire en eerste diagnose van borst-, long- of gastro-intestinale kanker

De in- en exclusiecriteria van de studiepopulatie werden samengevat in Tabel 1.

Controles die cases werden (oudere patiënten zonder kanker die borst-, long-, of gastro-intestinale kanker kregen) werden beschouwd als controle tot en met het moment van diagnose. Vanaf de diagnosedatum werden zij beschouwd als oudere kankerpatiënt. Indien deze patiënten een diagnose kregen, anders dan borst, long, of gastro-intestinale kanker werden ze niet meer weerhouden in de studie.

2. REKRUTERING

Patiënten met kanker werden gerekruteerd via:

- Jessa Ziekenhuis
- Ziekenhuis Oost-Limburg
- Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo
- Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven
- Universitair Ziekenhuis Leuven

Oudere patiënten zonder kanker werden gerekruteerd via huisartsen die reeds eerder meewerkten aan studies in het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG) en via het Wit-Gele Kruis.

Tabel 1. In- en exclusiecriteria

	Oudere kankerpatiënten ≥ 70 jaar	Ouderen zonder kanker ≥ 70 jaar	Jongere kankerpatiënten 50 - 69 jaar
Inclusiecriteria			
Geïnformeerde toestemming	√	√	√
Leeftijd 70 jaar en ouder	√	√	
Leeftijd tussen 50 en 69 jaar			√
Levensverwachting langer dan zes maanden ¹	√	√	√
Men verstaat en spreekt Nederlands	√	√	√
Interview binnen de drie maanden na de diagnose van kanker	√		√
Exclusie criteria			
Personen met een formele diagnose van dementie	√	√	√
Personen met een eerdere diagnose van kanker ²	√	√	√
Personen die te ziek zijn om deel te nemen ¹	√	√	√

3. GEGEVENSVERZAMELING

De gegevensverzameling vond plaats bij inclusie (T0), na zes maanden (T1) en na één jaar (T2). De gegevensverzameling gebeurde door middel van gestructureerde interviews (bestaande uit socio-demografische informatie, algemene gezondheidsinformatie, een comprehensive geriatric assessment, kwaliteit van leven, de Utrechtse Coping Lijst en een eenzaamheidsschaal). Daarnaast werd ook de knijpkracht gemeten met de dominante hand en werd er informatie uit het medisch dossier opgevraagd bij de behandelende arts. Het baseline interview van kankerpatiënten vond plaats in het ziekenhuis. Alle

¹ Gebaseerd op het oordeel van de arts

² Uitgezonderd BCC van de huid

andere interviews vonden plaats tijdens een huisbezoek. De inhoud van de gegevensverzameling wordt samengevat in Tabel 2.

Voor de baselinemeting werd een deel van de oudere kankerpatiënten in het Universitair Ziekenhuis (UZ) Leuven ondervraagd in het kader van een gelijkaardige studie van Prof. Wildiers. Er werd getracht deze gegevensverzameling zo veel mogelijk op elkaar af te stemmen. Desalniettemin was het praktisch niet haalbaar om de gegevensverzameling helemaal identiek te maken. Daardoor missen we bij oudere kankerpatiënten uit het UZ Leuven gegevens over sociale ondersteuning, distress, coping, knijpkracht, vermoeidheid en kwaliteit van leven.

Tabel 2. Inhoud van de gegevensverzameling (zie Appendix 1)³

Setting	Domein	Instrument of vraag
Interview	Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)	
	- Functionele status	Activities of Daily Living (ADL): Barthel Index [8, 9] Instrumental Activities of Daily Living (IADL): Lawton IADL scale [10] Knijpkracht (uitgedrukt in kg): Hydraulic Jamar hand-held dynamometer
	- Medicatie	Hoeveel medicijnen neemt u en welke? Enkel onderhoudsmedicatie werd genoteerd
	- Depressie	15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) [11]
	- Cognitieve status	Mini Mental State Examination (MMSE) [12]
	- Voedingsstatus	Bent u de afgelopen drie maanden gewicht verloren? Indien ja hoeveel? En was dit omwille van een dieet?
	- Sociale ondersteuning	Vragen over de beschikbaarheid van een mantelzorgver en professionele hulp De eenzaamheidsschaal van De Jong - Gierveld [13]
	Kwaliteit van leven	EORTC QLQ-C30 [14]
	Distress	Distress Barometer (DB) [15]
	Coping strategie	Utrechtse Coping Lijst (UCL) [16]
Pijn	Gemeten met een Visual Analog Scale van 0 - 10	
Vermoeidheid	Gemeten met een Visual Analog Scale van 0 - 10	
Medisch dossier	Overleving	Datum overlijden
	Comorbiditeit	Charlson Comorbidity Index [17]
	Ziekte kenmerken	Datum diagnose, TNM classificatie, type kanker
	Behandeling	Type behandeling Vroegtijdig beëindigen behandeling Klachten naar aanleiding van de behandeling Ongeplande ziekenhuisopnames tijdens de behandeling
	Medicatie	Onderhoudsmedicatie uit medisch dossier

³ Voor patiënten uit het UZ Leuven werd de Katz schaal afgenomen in plaats van de Barthel Index. Verder werden knijpkracht, kwaliteit van leven, distress, coping, en vermoeidheid niet opgenomen in de gegevensverzameling van het UZ Leuven.

4. DEFINITIES

DEFINITIE EN OPERATIONALISATIE PSYCHOSOCIALE STATUS

In overeenstemming met lopend onderzoek aan het ACHG definiëren wij psychosociale problemen als volgt:

Psychosociale problemen behelzen het brede spectrum van wat niet strikt medisch-somatisch is. Ze hebben consequenties voor het dagelijks functioneren van de patiënt, en hebben betrekking op diens leefwereld en/of biografie.

In dit rapport werd psychosociale status geoperationaliseerd als het geheel van:

- Mortaliteit
- Depressie: gemeten met de Geriatric Depression Scale [11]
- Eenzaamheid: gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong – Gierveld [13]
- Distress: gemeten met de Distress Barometer [15]
- Kwaliteit van leven: gemeten met de EORTC QLQ-C30⁴ [14]
- Cognitieve status: gemeten met de Mini Mental State Examination [12] en de subschaal ‘Cognitief functioneren’ van de EORTC QLQ-C30 [14]
- Coping: gemeten met een verkorte versie van de Utrechtse Coping Lijst [16]

DEFINITIE EN OPERATIONALISATIE LEEFSITUATIE

In deze rapportage zal leefsituatie beschreven worden als:

- Woonsituatie (alleen, samen met partner, samen met kinderen/anderen, rusthuis)
- Aanwezigheid van een mantelzorger (ja/nee), wie is de mantelzorger (niemand, partner, andere) en samenwonend met mantelzorger (ja/nee)
- Aanwezigheid van professionele hulp (ja/nee) en welke hulp (huisarts, kinesist, verpleegkundige, gezins- of bejaardenhulp, huishoudelijke hulp, dagopvang/oppas thuis, warme maaltijden, personenalarmsysteem, maatschappelijk werkster)
- Het zelf opnemen van de rol als mantelzorger (ja/nee) en voor wie (niemand, partner, andere)

⁴ European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 items Version 3.0

DEFINITIE EN OPERATIONALISATIE COVARIABELEN

In de multivariate analyses zullen we uitgaan van onderstaande covariabelen. Deze set covariabelen betreft de maximale set covariabelen. Een variabele zal enkel opgenomen worden in de multivariate analyses indien deze in bivariate analyses significant geassocieerd was met de uitkomstmaat.

- Leeftijdsgroep (50 – 69 jaar, ≥ 70 jaar)
- Geslacht (man, vrouw)
- BMI ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$, $18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$, $25 - 29.9 \text{ kg/m}^2$, $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)
- Gewichtsverlies: meer dan drie kg over de laatste drie maanden (ja/nee)
- Type kanker (borst, gastrointestinaal, long)
- Stadium van de tumor (stadium I tot III, stadium IV)
- Antikanker behandeling (operatie, chemotherapie, radiotherapie, hormoontherapie, immunotherapie)
- Polyfarmacie (aantal medicijnen – enkel onderhoudsmedicatie) als proxy voor comorbiditeit⁵
- Socio-economische status:
 - o Leeftijd waarop iemand van school ging (≤ 14 jaar, 15 – 18 jaar, ≥ 19 jaar)
 - o Subschaal financiële problemen van de EORTC QLQ-C30 (helemaal niet versus een beetje, nogal of heel erg)
- Functionele status (twee of meer problemen op ADL en/of IADL)⁶
- Knijpkracht (uitgedrukt in kg)⁷
- Pijn (≥ 4 op een schaal van 0 – 10)⁸
- Vermoeidheid (≥ 4 op een schaal van 0 – 10)⁸

Naast bovenvermelde set covariabelen zullen de uitkomstmaten zoals vermeld onder psychosociale status en leefsituatie ook opgenomen worden als covariabelen. De operationalisatie werd telkens uitgewerkt in de desbetreffende hoofdstukken. Enkel globale kwaliteit van leven en de subschaal cognitief functioneren van de EORTC QLQ-C30 werden gecategoriseerd in drie gelijke groepen (afkappunt op percentiel 25 en 75) indien deze als covariabele werden meegenomen.

⁵ Omdat de gegevens voor comorbiditeit onvolledig zijn in de groep ouderen zonder kanker hebben we ervoor gekozen om te controleren voor het aantal medicijnen dat iemand gebruikt, waarbij enkel onderhoudsmedicatie werd meegenomen.

⁶ Voor de patiënten van het UZ Leuven werd de Katz-schaal gebruikt in plaats van de Barthel Index. De Katz schaal bestaat uit zes items terwijl de Barthel Index uit tien items bestaat. Desalniettemin hebben we voor de patiënten uit het UZ Leuven functionele status op dezelfde manier bepaald, namelijk als de aanwezigheid van twee of meer beperkingen op ADL en/of IADL.

⁷ Het gemiddelde van drie pogingen, gemeten met de dominante hand.

⁸ In overeenstemming met de 'National Comprehensive Cancer Network' (NCCN) richtlijnen werd lichte vermoeidheid of pijn gedefinieerd als een score tussen 1 en 3, matige vermoeidheid of pijn als een score tussen 4 en 6 and ernstige vermoeidheid of pijn als een score tussen 7 en 10. Daarom werd in deze studie een afkappunt van ≥ 4 gebruikt.

5. STATISTISCHE ANALYSES

De statistische analyses werden uitgevoerd met Stata 11 en in alle analyses werd een p-waarde kleiner dan 0.05 beschouwd als afkappunt voor statistische significantie. Per domein verschilt het aantal personen van wie gegevens beschikbaar waren omwille van ontbrekende antwoorden en omwille van praktische haalbaarheid bij patiënten gerekruteerd in het UZ Leuven zoals beschreven onder gegevensverzameling. Daarom zal telkens het aantal ontbrekende antwoorden aangegeven worden of het aantal personen waarop de analyse gebaseerd werd.

Indien het aantal ontbrekende antwoorden minder dan vijf was voor de GDS (totaal van 15 items), minder dan twee voor de totale eenzaamheidsschaal (totaal van 11 items) en minder dan twee voor de functionele status (totaal van 19 items), werden ontbrekende antwoorden aangevuld voor de respectievelijke categorische variabelen indien aanvulling van ontbrekende antwoorden de classificatie van de patiënt niet veranderde (bijvoorbeeld wel of niet eenzaam). Bij vijf of meer ontbrekende antwoorden voor de GDS, twee of meer ontbrekende antwoorden voor de totale eenzaamheidsschaal en twee of meer ontbrekende antwoorden voor de functionele status werden de patiënten geëxcludeerd uit de analyses. Voor alle andere variabelen geldt dat patiënten geëxcludeerd werden uit de analyses indien zij ontbrekende antwoorden hadden voor de variabele in kwestie.

STATISTISCHE ANALYSES DOELSTELLING 1

In de eerste plaats zullen we cross-sectioneel de psychosociale status en leefsituatie in kaart brengen op T0, T1 en T2 voor de groep oudere kankerpatiënten.

Vervolgens zullen we per domein longitudinaal de veranderingen in de tijd in kaart brengen voor de groep oudere kankerpatiënten. Omdat we voornamelijk geïnteresseerd zijn aan de psychosociale consequenties van kanker op lange termijn hebben we ervoor gekozen om telkens de verandering van T0 naar T1 en van T0 naar T2 in kaart te brengen. Met de gepaarde t-toets (voor continue variabelen) of de Mc Nemar test (voor proporties) zullen we nagaan of binnen de groep oudere kankerpatiënten de psychosociale status en leefsituatie op de verschillende meetmomenten afwijken van elkaar.

STATISTISCHE ANALYSES DOELSTELLING 2

Net als voor doelstelling 1 zullen we ook cross-sectioneel de psychosociale status en leefsituatie in kaart brengen op T0, T1 en T2 in de groep jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker in vergelijking met de groep oudere kankerpatiënten. We zullen met de t-toets (voor continue variabelen) of univariate logistische regressie (voor proporties) nagaan of het voorkomen van psychosociale problemen of leefsituatie verschillend is voor oudere kankerpatiënten versus jongere kankerpatiënten en voor oudere kankerpatiënten versus ouderen zonder kanker. We presenteren hierbij telkens de p-waarde of de odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI).

In een tweede stap zullen we voor de drie groepen longitudinaal de veranderingen in de tijd in kaart brengen.

In een derde stap zullen we aan de hand van "*backwards stepwise*" logistische regressie onderzoeken welke factoren de kans op het ontstaan van psychosociale problemen kunnen voorspellen. Een variabele wordt opgenomen als covariabele indien deze een significante relatie toont met de uitkomstvariabele in bivariate analyse (hierbij wordt gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, kanker en de baseline waarde van de uitkomstmaat) en indien de variabele significant bijdraagt tot de verklarende waarde van het totale model. Wij startten van een "*full model*" waarbij de minst significante variabele telkens uit het model verwijderd werden tot alle variabelen een significante bijdrage aan het model hadden. Hierbij werd een p-waarde kleiner dan 0.10 beschouwd als afkappunt om een variabele uit het model te halen.

RESULTATEN

1. BESCHRIJVING VAN DE POPULATIE EN COVARIABELEN

Op 31 januari 2013 beschikten we over de baseline gegevens van 765 patiënten, daarop zijn de hier volgende analyses gebeurd (zie Tabel 3):

- 218 oudere kankerpatiënten
- 278 jongere kankerpatiënten
- 269 ouderen zonder kanker

Het merendeel van de studipopulatie bestond uit vrouwen, wat deels verklaard kan worden door de grote proportie patiënten met borstkanker (69% van de oudere kankerpatiënten en 63% van de jongere kankerpatiënten). De meeste patiënten waren gehuwd, maar een aanzienlijk deel van de twee groepen ouderen was reeds verweduwd (32% van de oudere kankerpatiënten en 33% van de ouderen zonder kanker). Slechts een minderheid van de groep oudere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker ging tot na de leeftijd van 19 jaar naar school (19% in beide groepen ten opzichte van 40% van de jongere kankerpatiënten). De proportie patiënten die aangaf last te hebben van financiële problemen was in de drie groepen ongeveer gelijk en gelukkig laag (6% van de jongere kankerpatiënten, 3% van de oudere kankerpatiënten en 6% van de ouderen zonder kanker).

Voor een grote groep kankerpatiënten waren de medische gegevens nog niet compleet (44% van de jongere kankerpatiënten en 47% van de oudere kankerpatiënten). Slechts een kleine groep van de kankerpatiënten die deelnam aan deze studie had een stadium IV tumor (3% van de oudere kankerpatiënten en 4% van de jongere kankerpatiënten) en ook de proportie patiënten die helemaal geen behandeling kreeg was erg laag (2% van de oudere kankerpatiënten en 1% van de jongere kankerpatiënten). Dit kan deels verklaard worden door het inclusiecriteria "levensverwachting langer dan 6 maanden".

De prevalentie van overgewicht (BMI ≥ 25) was 47% bij de oudere kankerpatiënten, 49% bij de ouderen zonder kanker en 46% bij de jongere kankerpatiënten. De prevalentie van zowel overgewicht als van obesitas was vergelijkbaar met de resultaten van de Belgische gezondheidsenquête uit 2008 [18]. Verder viel het op dat het gemiddeld aantal medicijnen bij oudere kankerpatiënten lager lag dan bij ouderen zonder kanker (respectievelijk 4 en 6). Jongere kankerpatiënten gebruikten gemiddeld 2 dagelijkse medicijnen. Behalve voor de oudere kankerpatiënten waren deze aantallen in overeenstemming met de Belgische gezondheidsenquête, met bijvoorbeeld gemiddeld 4 medicijnen voor personen ≥ 75 jaar [18].

Tabel 3. Kenmerken van de populatie en beschrijving van de covariabelen op T0

	Jongere kankerpatiënten N = 278		Oudere kankerpatiënten N = 218		Ouderen zonder kanker N = 269	
Leeftijd: gemiddelde (SD)	60.14	(5.42)	77.46	(5.74)	78.74	(5.51)
Geslacht						
Man	65	23%	43	20%	95	35%
Vrouw	212	76%	175	80%	174	65%
Missing	0		0		0	
Etniciteit						
Blank	275	99%	218	100%	269	100%
Ander	3	1%	0		0	
Missing	0		0		0	
Burgerlijke stand						
Ongehuwd	13	5%	15	7%	9	3%
Gehuwd/samenwonend	215	77%	111	51%	165	61%
Weduwe/weduwenaar	18	6%	70	32%	90	33%
Gescheiden	24	9%	6	3%	3	1%
Andere	1	0%	1	0%	0	0%
Missing	7	3%	15	7%	2	1%
Type tumor						
Borst	175	63%	150	69%	-	
Gastrointestinaal	85	31%	63	29%	-	
Long	18	6%	5	2%	-	
Missing	0		0		-	
Stadium van de tumor						
I – III	145	52%	108	50%	-	
IV	12	4%	7	3%	-	
Missing	121	44%	103	47%	-	
Antikanker behandeling						
Geen behandeling	4	1%	5	2%	-	
Operatie	197	71%	148	68%	-	
Chemotherapie	157	56%	81	37%	-	
Radiotherapie	137	49%	96	44%	-	
Hormoontherapie	102	37%	81	37%	-	
Immunotherapie	6	2%	2	1%	-	
Missing	41	15%	38	17%	-	
BMI						
<18.5 kg/m ²	4	1%	6	3%	3	1%
18.5 – 24.9 kg/m ²	137	49%	73	33%	95	35%
25 – 29.9 kg/m ²	84	30%	77	35%	90	33%
≥30 kg/m ²	44	16%	27	12%	42	16%
Missing	9	3%	35	16%	39	14%

	Jongere kankerpatiënten N = 278		Oudere kankerpatiënten N = 218		Ouderen zonder kanker N = 269	
Gewichtsverlies⁹						
Ja	119	43%	69	32%	49	18%
Nee	154	55%	110	50%	211	78%
Missing	5	2%	39	18%	9	3%
Aantal medicijnen: gemiddelde (SD)	2.24	(2.35)	3.89	(3.29)	5.59	(3.56)
Missing	0		7		0	
Leeftijd van school						
≤ 14 jaar	32	12%	63	29%	91	34%
15 – 18 jaar	122	44%	92	42%	119	44%
≥ 19 jaar	112	40%	42	19%	51	19%
Missing	12	4%	21	10%	8	3%
Financiële problemen¹⁰						
Ja	17	6%	4	3%	17	6%
Nee	247	89%	128	86%	241	90%
Missing	14	5%	16	11%	11	4%
Functionele status						
Afhankelijk	50	18%	94	43%	135	50%
Onafhankelijk	224	81%	105	48%	131	49%
Missing	4	1%	19	9%	3	1%
Knijpkracht: gemiddelde (SD)¹⁰	26.89	(10.45)	21.54	(9.32)	21.04	(9.26)
Missing	86		52		16	
Pijn						
0 – 3	192	69%	126	58%	143	53%
≥4	72	26%	66	30%	122	45%
Missing	14	5%	26	12%	4	1%
Vermoeidheid¹⁰						
0 – 3	124	45%	56	38%	115	43%
≥4	136	49%	72	49%	150	56%
Missing	18	6%	21	14%	4	1%

⁹ Meer dan drie kg over de laatste drie maanden

¹⁰ Financiële problemen (subschaal van de EORTC QLQ-C30), knijpkracht en vermoeidheid (gemeten met een VAS-schaal van 0 – 10) werden niet opgenomen in de gegevensverzameling van het UZ Leuven. Daarom is het totaal aantal oudere kankerpatiënten voor die items 148 in plaats van 218.

2. BESCHRIJVING VAN MORTALITEIT EN LOST TO FOLLOW-UP

Zoals voorzien is het aantal patiënten dat overlijdt tijdens deze studie te klein en is de heterogeniteit bij de kankerpatiënten (verschillende types kanker) te groot om survival analyses op uit te voeren. Daarom zullen we mortaliteit enkel beschrijven.

Van het moment van inclusie tot één jaar later zijn 18 oudere kankerpatiënten (8%), 19 jongere kankerpatiënten (7%) en 5 ouderen zonder kanker (2%) overleden (zie Tabel 4).

Van de 218 oudere kankerpatiënten werd 73% geïnterviewd na zes maanden en 77% na één jaar. Dit is het percentage patiënten dat geïnterviewd werd ten opzichte van het totaal aantal patiënten voor wie sinds het eerste interview zes maanden of een jaar verstreken zijn en voor wie dus theoretisch gezien een vervolginterview had moeten plaats vinden. Het vervolginterview na zes maanden werd door 9% van de oudere kankerpatiënten geweigerd (lost). Dit was vergelijkbaar met het percentage jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker dat weigerde (respectievelijk 8% en 7%). Voor 6% van de oudere kankerpatiënten moesten we het interview na zes maanden overslaan, redenen hiervoor waren persoonlijke omstandigheden van de patiënt of praktische haalbaarheid van de interviews. Ook dit percentage was vergelijkbaar met de groep jongere kankerpatiënten (7%) en ouderen zonder kanker (8%).

Na één jaar was het percentage patiënten dat weigerden deel te nemen aanzienlijk lager bij de jongere kankerpatiënten (1%) in vergelijking met de twee oudere groepen. Van de oudere kankerpatiënten raakten we nog eens 6% kwijt en van de ouderen zonder kanker 4%. In totaal weigerden tussen T0 en T2 32 oudere kankerpatiënten (15%), 26 jongere kankerpatiënten (9%) en 32 ouderen zonder kanker (12%).

In Appendix 2 werd nagekeken of de personen die weigerden verder mee te werken aan de studie verschilden van de personen in de studie.

Tabel 4. Follow-up en mortaliteit tussen T0, T1 en T2

	Jongere kankerpatiënten N = 278		Oudere kankerpatiënten N = 218		Ouderen zonder kanker N = 269	
Follow-up na zes maanden						
Interview afgenomen na zes maanden ¹¹	167	75%	127	73%	137	76%
Lost na zes maanden	23	8%	20	9%	20	7%
Overleden na zes maanden	13	5%	15	7%	3	1%
Interview van zes maanden overslaan ¹²	19	7%	12	6%	21	8%
Nog niet gezien na zes maanden ¹³	56	20%	44	20%	88	33%
Follow-up na één jaar						
Interview afgenomen na één jaar ¹¹	99	84%	62	77%	98	77%
Lost na één jaar	3	1%	12	6%	12	4%
Overleden na één jaar	6	2%	3	1%	2	1%
Interview van één jaar overslaan ¹²	10	4%	4	2%	15	6%
Nog niet gezien na één jaar ¹³	160	58%	137	63%	142	53%
Overleden totaal	19	7%	18	8%	5	2%

¹¹ Het percentage patiënten dat geïnterviewd werd ten opzichte van het totaal aantal patiënten voor wie sinds het eerste interview zes maanden of een jaar verstreken zijn en voor wie dus theoretisch gezien een vervolginterview had moeten plaats vinden.

¹² Overslaan wil zeggen dat het interview omwille van praktische haalbaarheid of persoonlijke redenen van de patiënt niet afgenomen kon worden

¹³ Nog niet gezien wil zeggen dat er nog geen 6 of 12 maanden verstreken zijn sinds het eerste interview.

3. BESCHRIJVING VAN DE LEEFSITUATIE

INSTRUMENT

De leefsituatie werd in kaart gebracht aan de hand van vragen die ook in het QUALIDEM onderzoek [19] gebruikt werden en betreft volgende items:

- Woonsituatie (alleen, samen met partner, samen met kinderen/anderen, rusthuis)
- Aanwezigheid van een mantelzorger (ja/nee)
Wie is mantelzorger (niemand, partner, andere)
Samenwonend met mantelzorger (ja/nee)
- Aanwezigheid van professionele hulp (ja/nee)
Welke hulp (huisarts, kinesist, verpleegkundige, gezins- of bejaardenhulp, huishoudelijke hulp, dagopvang/oppas thuis, warme maaltijden, personenalarmsysteem, maatschappelijk werkster)
- Het zelf opnemen van de rol als mantelzorger (ja/nee)
Voor wie zorgt u (niemand, partner, andere)

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN LEEFSITUATIE BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONNEEL: LEEFSITUATIE OP T0, T1 EN T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

De leefsituatie van oudere kankerpatiënten werd samengevat in Tabel 5. Opvallend is dat 28% van alle oudere kankerpatiënten alleen woonde op het moment van de diagnose van kanker. Na zes maanden daalde dit percentage tot 20%. Één jaar later woonden terug 27% van de oudere kankerpatiënten alleen. De percentages op T2 werden wel op kleine aantallen gebaseerd en moeten dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Doorheen de tijd had gemiddeld 15% van de oudere kankerpatiënten geen mantelzorger en was 9% patiënten zelf de centrale mantelzorger voor iemand die hulpbehoevend is.

Verder zagen we dat het aantal oudere kankerpatiënten dat niet afhankelijk was van enige professionele hulp daalde doorheen de tijd van 44% op T0 naar 32% op T1 en 26% op T2. Huishoudelijke hulp had het grootste aandeel in professionele hulp, ongeveer 50% van de oudere kankerpatiënten kreeg huishoudelijke hulp. Vervolgens maakten hulp van een verpleegkundige en huisarts het grootste deel uit van de geleverde professionele zorg.

Tabel 5. Leefsituatie bij oudere kankerpatiënten op T0, T1 en T2

	Baseline		Na zes maanden		Na één jaar	
	T0		T1		T2	
	N = 218		N = 127		N = 62	
Woonsituatie						
Alleen	62	28%	26	20%	17	27%
Samen met partner	111	51%	69	54%	31	50%
Samen met kinderen/andere	19	9%	14	11%	9	15%
Rusthuis	11	5%	6	5%	4	6%
Missing	15	7%	12	9%	1	2%
Aanwezigheid van mantelzorger						
Partner	70	32%	44	35%	15	24%
Andere	89	41%	44	35%	32	52%
Niemand	29	13%	19	15%	11	18%
Missing	30	14%	20	16%	4	6%
Samenwonend met mantelzorger						
Ja	82	38%	48	38%	18	29%
Nee	107	49%	58	46%	38	61%
Missing	29	13%	21	17%	6	10%
Zelf mantelzorger voor wie						
Niemand	151	69%	98	77%	45	73%
Partner	22	10%	9	7%	6	10%
Andere	7	3%	2	2%	3	5%
Missing	38	17%	18	14%	8	13%
Professionele hulp¹⁴						
Geen	65	44%	41	32%	16	26%
Huishoudelijke hulp	74	50%	61	48%	31	50%
Verpleegkundige	35	24%	38	30%	17	27%
Huisarts	25	17%	23	18%	12	19%
Gezins- of bejaardenhulp	12	8%	9	7%	4	6%
Warme maaltijden	12	8%	13	10%	7	11%
Personenalarmsysteem	7	5%	5	4%	4	6%
Kinesist	6	4%	27	21%	8	13%
Maatschappelijk werkster	5	3%	3	2%	2	3%
Dagopvang/oppas thuis	1	1%	0	0%	0	0%

¹⁴ De vraag naar professionele hulp was niet opgenomen in de gegevensverzameling van het UZ Leuven. Daarom is op baseline het totaal aantal oudere kankerpatiënten voor dit item 148 in plaats van 218. Op T1 en T2 was de gegevensverzameling voor alle patiënten identiek.

LONGITUDINAAL: VERANDERING IN LEEFSITUATIE VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

Longitudinaal waren er niet veel veranderingen in de woonsituatie bij oudere kankerpatiënten. Van T0 naar T1 bleef 96% van de patiënten in dezelfde woonsituatie, slecht één persoon verhuisde naar een rusthuis. Van T0 naar T2 werd slechts 1 persoon alleenwonend.

Voor meer dan 70% van de oudere kankerpatiënten bleef de mantelzorger onveranderd. Voor 9% van de oudere kankerpatiënten kwam er een mantelzorger in beeld (op T0 was er geen mantelzorger), maar voor een vergelijkbaar percentage patiënten verdween de mantelzorger uit beeld.

Tabel 6. De verandering in leefsituatie bij oudere kankerpatiënten van T0 → T1 en van T0 → T2

	T0 → T1		T0 → T2	
Woonsituatie				
Blijft onveranderd	107	96%	56	97%
Wordt alleenwonend	0	0%	1	2%
Wordt samenwonend	3	3%	0	0%
Gaat naar rusthuis	1	1%	1	2%
Totaal	111		58	
Aanwezigheid van mantelzorger				
Er blijft een mantelzorger in beeld	80	75%	40	71%
Er komt een mantelzorger in beeld	7	7%	5	9%
De mantelzorger verdwijnt	7	7%	6	11%
Geen mantelzorger	12	11%	5	9%
Totaal	106	0%	56	
Zelf mantelzorger				
Blijft zelf mantelzorger	8	8%	4	8%
Wordt zelf mantelzorger	2	2%	5	10%
Is niet langer zelf mantelzorger	7	7%	7	14%
Zelf geen mantelzorger	86	83%	35	69%
Totaal	103	0%	51	
Professionele hulp¹⁵				
Blijft hulp krijgen	34	48%	25	60%
Heeft niet langer hulp nodig	9	13%	4	10%
Heeft nu wel hulp nodig	10	14%	4	10%
Krijgt geen professionele hulp	18	25%	9	21%
Totaal	71		42	

¹⁵ De vraag naar professionele hulp was niet opgenomen in de gegevensverzameling van het UZ Leuven.

DOELSTELLING 2. DE INVLOED VAN VEROUDERING, VAN DE KANKERDIAGNOSE EN -BEHANDELING EN VAN DE INTERACTIE TUSSEN BEIDE OP DE VERANDERING IN LEEFSITUATIE BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONEEL: LEEFSITUATIE OP T0, T1 EN T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN, JONGERE KANKERPATIËNTEN EN OUDEREN ZONDER KANKER

Omdat er niet veel verschil was tussen de leefsituatie op T0, T1 en T2 presenteren we hier enkel de leefsituatie op T0. De leefsituatie op T1 en T2 wordt weergegeven in Appendix 3.

Zoals onder doelstelling 1 vermeld werd, viel het op dat 28% van de oudere kankerpatiënten alleen woonde, maar ook 31% van de ouderen zonder kanker woonde alleen. Dit kan bijna volledig verklaard worden door het grote aantal ouderen dat reeds weduwe of weduwnaar was.

De proportie patiënten zonder mantelzorger was aanzienlijk hoger voor de groep ouderen zonder kanker: 37% ten opzichte van 17% van de jongere kankerpatiënten en 13% van de oudere kankerpatiënten. Onder doelstelling 1 zagen we dat het aantal oudere kankerpatiënten zonder enige professionele hulp daalde. Dit was ook zo voor jongere kankerpatiënten waarbij 69% geen professionele hulp had op T0 en nog slechts 55% op T2. Bij ouderen zonder kanker bleef de proportie personen zonder professionele hulp vrijwel onveranderd (44% op T0 en 47% op T2).

Tabel 7. Cross-sectioneel: de leefsituatie op T0

	T0 - baseline					
	Jongere kankerpatiënten		Oudere kankerpatiënten		Ouderen zonder kanker	
	N = 278		N = 218		N= 269	
Woonsituatie						
Alleen	38	14%	63	29%	84	31%
Samen met partner	166	60%	117	54%	147	55%
Samen met kinderen/andere	69	25%	19	9%	30	11%
Rusthuis	0	0%	11	5%	7	3%
Missing	5	2%	8	4%	1	0%
Aanwezigheid van mantelzorger						
Partner	163	59%	70	32%	81	30%
Andere	46	17%	89	41%	85	32%
Niemand	47	17%	29	13%	99	37%
Missing	22	8%	30	14%	4	1%
Samenwonend met mantelzorger						
Ja	162	58%	82	38%	96	36%
Nee	81	29%	107	49%	156	58%
Missing	35	13%	29	13%	17	6%
Zelf mantelzorger voor wie						
Niemand	188	68%	151	69%	195	72%
Partner	14	5%	22	10%	34	13%
Andere	55	20%	7	3%	32	12%
Missing	21	8%	38	17%	8	3%
Professionele hulp¹⁶						
Geen	193	69%	65	44%	118	44%
Huishoudelijke hulp	46	17%	74	50%	112	42%
Verpleegkundige	14	5%	35	23%	58	22%
Huisarts	31	11%	25	17%	40	15%
Gezins- of bejaardenhulp	7	3%	12	8%	19	7%
Warme maaltijden	0	0%	12	8%	20	7%
Personenalarmsysteem	0	0%	7	5%	38	14%
Kinesist	13	5%	6	4%	32	12%
Maatschappelijk werkster	3	1%	5	3%	3	1%
Dagopvang/oppas thuis	0	0%	1	1%	0	0%

¹⁶ De vraag naar professionele hulp was niet opgenomen in de gegevensverzameling van het UZ Leuven. Daarom is op baseline het totaal aantal oudere kankerpatiënten voor dit item 148 in plaats van 218. Op T1 en T2 was de gegevensverzameling voor alle patiënten identiek.

LONGITUDINAAL: VERANDERING IN LEFSITUATIE VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN, JONGERE KANKERPATIËNTEN EN OUDEREN ZONDER KANKER

Net als voor de cross-sectionele situatie was er weinig verschil in de verandering van leefsituatie van T0 → T1 versus T0 → T2. Daarom presenteren we hier enkel de verandering in leefsituatie van T0 → T1. De verandering in leefsituatie van T0 → T2 wordt weergegeven in Appendix 4.

Bij de groep oudere kankerpatiënten kwam voor 7% een mantelzorger in beeld, maar bij jongere kankerpatiënten kwam voor 14% een mantelzorger in beeld en voor 22% bij ouderen zonder kanker. In de twee groepen kankerpatiënten zagen we dat bij eenzelfde percentage patiënten voor wie een mantelzorger in beeld kwam, ook een mantelzorger uit beeld verdween. Bij de groep ouderen zonder kanker was in verhouding het percentage personen voor wie de mantelzorger verdween kleiner, 11% ten opzichte van 22% bij wie een mantelzorger in beeld kwam.

Slechts 25% van de oudere kankerpatiënten kreeg zowel op T0 als op T1 geen professionele hulp ten opzichte van 42% van de jongere kankerpatiënten en 39% van de ouderen zonder kanker.

Tabel 8. Longitudinaal: de verandering in leefsituatie van T0 → T1

	T0 → T1					
	Jongere kankerpatiënten N = 278		Oudere kankerpatiënten N = 218		Ouderen zonder kanker N= 269	
Woonsituatie						
Blijft onveranderd	142	97%	107	96%	112	97%
Wordt alleenwonend	3	2%	0	0%	3	3%
Wordt samenwonend	1	1%	3	3%	1	1%
Gaat naar rusthuis	0	0%	1	1%	0	0%
Totaal	146		111		116	
Aanwezigheid van mantelzorger						
Er blijft een mantelzorger in beeld	93	68%	80	75%	52	46%
Er komt een mantelzorger in beeld	19	14%	7	7%	25	22%
De mantelzorger verdwijnt	17	13%	7	7%	12	11%
Blijvend geen mantelzorger	7	5%	12	11%	24	21%
Totaal	136		106		113	
Zelf mantelzorger						
Blijft zelf mantelzorger	11	8%	8	8%	7	7%
Wordt zelf mantelzorger	6	4%	2	2%	3	3%
Is niet langer zelf mantelzorger	25	19%	7	7%	17	16%
Blijft zelf geen mantelzorger	93	69%	86	83%	77	74%
Totaal	135		103		104	
Professionele hulp						
Blijft hulp krijgen	33	20%	34	48%	55	42%
Heeft niet langer hulp nodig	15	9%	9	13%	14	11%
Heeft nu wel hulp nodig	46	29%	10	14%	10	8%
Blijvend geen professionele hulp	67	42%	18	25%	51	39%
Totaal	161		71		130	

CONCLUSIE LEEFSITUATIE

Er was maar weinig verandering in de leefsituatie van oudere kankerpatiënten. Opvallend is dat 28% van alle oudere kankerpatiënten alleen woonde op het moment van de diagnose van kanker en dat 9% van de oudere kankerpatiënten zelf centrale mantelzorger was. Doorheen de tijd steeg het aantal oudere kankerpatiënten die professionele hulp ontving van 66% tot 74%. Dit was ook zo voor jongere kankerpatiënten waarbij 31% professionele hulp had op T0 en 45% op T2. Bij ouderen zonder kanker bleef de proportie personen met professionele hulp vrijwel onveranderd.

4. BESCHRIJVING VAN DE PSYCHOSOCIALE SITUATIE

4.1 DEPRESSIE

ACHTERGROND DEPRESSIE

Depressie is een van de moeilijkst te diagnosticeren psychiatrische problemen bij kankerpatiënten omdat veel kankersymptomen en nevenwerkingen van de behandeling overlappen met symptomen van depressie [20-22]. Zo kunnen aanzienlijk gewichtsverlies, slaapproblemen, moeheid, een gebrek aan energie, concentratiemoeilijkheden en suïcidegedachten symptomen zijn van depressie maar ook van kanker of nevenwerkingen zijn van de therapie. Depressieve symptomen kunnen ook moeilijk te onderscheiden zijn van andere problemen die geassocieerd zijn met kanker zoals pijn, angst of aanpassing aan de kankerdiagnose. Bij oudere kankerpatiënten kan de diagnose van depressie bovendien nog extra bemoeilijkt worden doordat klachten van depressie bij ouderen zich vaak uiten in minder stemmingsgerelateerde symptomen maar vooral in concentratie en geheugenklachten, klachten over vermoeidheid en gebrek aan initiatief [23].

Ondanks deze moeilijkheden is het aangetoond dat depressie, naast pijn en vermoeidheid, een veel voorkomend probleem is bij kankerpatiënten [24, 25]. Bovendien is depressie ook een onafhankelijke voorspeller van overleving en ernstige toxiciteit bij kankerpatiënten [26-30].

Daarom willen wij onderzoeken hoe vaak depressie voorkomt bij oudere kankerpatiënten en of dit veel of weinig is in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder kanker en jongere kankerpatiënten, hoe dit evolueert in de tijd en welke factoren de kans op depressie voorspellen zodat hier in de toekomst gericht op ingegrepen kan worden.

INSTRUMENT: GDS-15

De GDS-15 bestaat uit 15 items en werd ontwikkeld om vast te stellen in welke mate een bejaarde depressief is [11]. De totaalscore is de som van alle items (range 0 – 15, hoe hoger de score, hoe meer depressieve gevoelens). De betrouwbaarheid van de GDS-15 werd aangetoond door een goede interne consistentie met een Cronbach's alfa van 0.8 [31].

In deze studie gebruikten we een afkappunt van ≥ 5 welke veel gebruikt wordt, onder andere ook in studies bij oudere kankerpatiënten [31, 32]. Een afkappunt van ≥ 5 heeft een sensitiviteit van 92% en een specificiteit van 81% voor het detecteren van depressie in een oudere populatie [33].

De depressielijst is een zeer gevoelige en moeilijke lijst om af te nemen. De vraag "Heeft u het gevoel dat uw situatie hopeloos is" is bijvoorbeeld niet altijd gepast. Daardoor zijn er hier meer dan op andere vragenlijsten ontbrekende antwoorden en hebben we voor sommige patiënten geen gegevens op alle meetmomenten. We beschrijven hieronder telkens welke patiënten meegenomen werden in de analyses.

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN DEPRESSIE BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

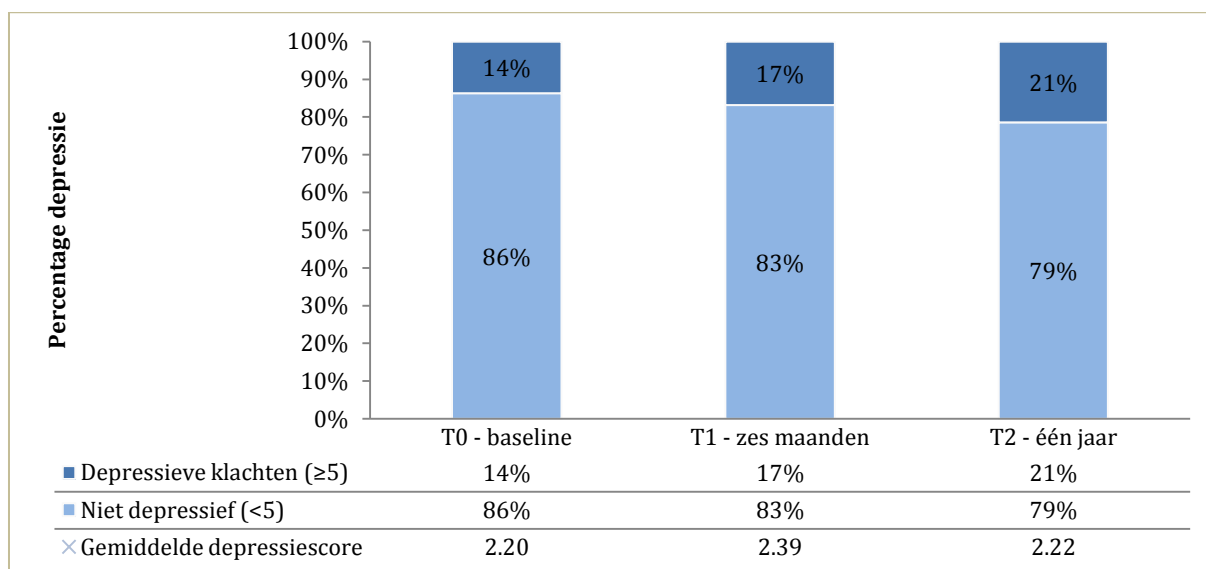
CROSS-SECTIONNEEL: DE PREVALENTIE VAN DEPRESSIE OP T0, T1 EN T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

De prevalentie van depressie werd berekend op volgende aantallen

- T0 – baseline: 183 oudere kankerpatiënten
- T1 – na zes maanden: 107 oudere kankerpatiënten
- T2 – na één jaar: 56 oudere kankerpatiënten

Na de diagnose van kanker nam de prevalentie van depressie bij oudere patiënten met kanker toe, van 14% op baseline tot 21% één jaar later. De gemiddelde depressiescore bleef echter relatief constant doorheen de tijd (zie Figuur 2). Dit is in overeenstemming met andere studies bij oudere kankerpatiënten welke toonden dat de prevalentie van depressie varieerde tussen 17% en 25% [34-36].

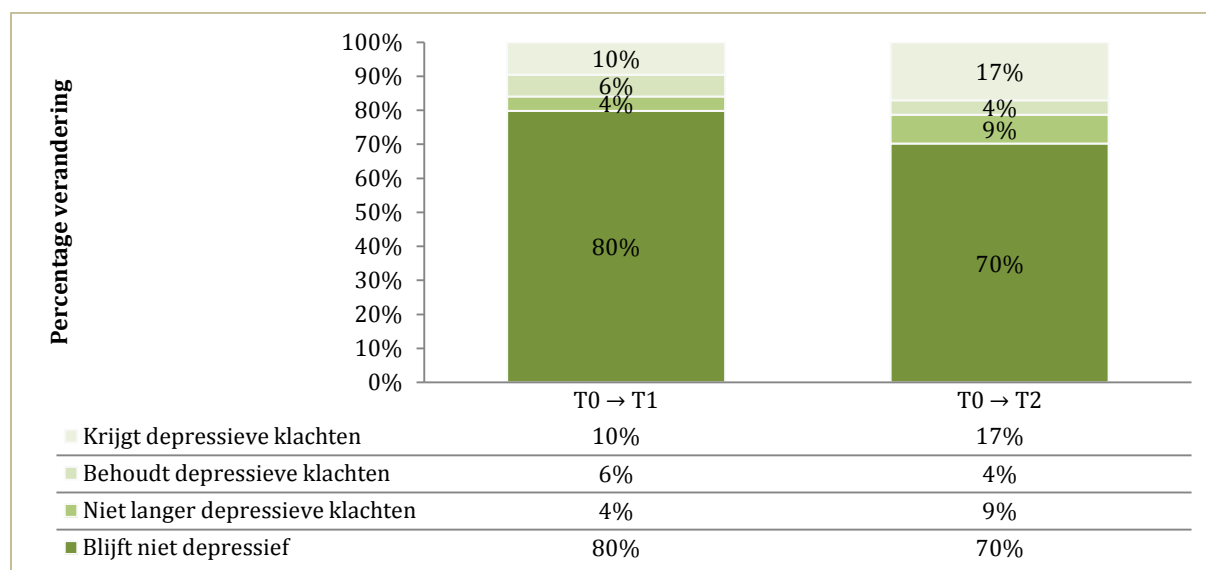
Figuur 2. Depressie (≥ 5) bij oudere kankerpatiënten op T0, T1 en T2



LONGITUDINAAL: VERANDERING IN DEPRESSIE VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

Bij het presenteren van verandering van depressieve gevoelens van T0 naar T1 werden enkel die patiënten meegenomen van wie we gegevens hadden op beide tijdstippen. Dit waren 94 oudere kankerpatiënten tussen T0 en T1. Op dezelfde manier werden er 47 oudere kankerpatiënten opgenomen in de analyses voor de verandering in depressieve gevoelens van T0 naar T2.

Van de oudere kankerpatiënten die depressief waren op baseline bleef slechts 6% depressief zes maanden later en 4% één jaar later. Verder is opvallend dat van T0 naar T2, 17% van de oudere kankerpatiënten depressief werd. De verschillen tussen T0 en T1 en T0 en T2 waren echter niet significant. Met andere woorden de prevalentie van depressie op baseline was niet significant verschillend van de prevalentie op T1 ($p = 0.27$) en T2 ($p = 0.39$) (zie Figuur 3).

Figuur 3. Verandering in depressie van T0 → T1 en van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten

DOELSTELLING 2. DE INVLOED VAN VEROUDERING, VAN DE KANKERDIAGNOSE EN -BEHANDELING EN VAN DE INTERACTIE TUSSEN BEIDE OP HET VOORKOMEN VAN DEPRESSIE BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONNEEL: PREVALENTIE VAN DEPRESSIE OP T0, T1 EN T2

Zoals onder doelstelling 1 vermeld werd, nam het aantal depressieve oudere patiënten met kanker toe doorheen de tijd (van 14% tot 21%). De vraag die we ons hierbij stellen is of deze toename gepaard gaat met de diagnose en behandeling van kanker, of met het ouder worden, of met de combinatie van beide. Om dit te ontrafelen brachten we de prevalentie van depressie bij jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker in kaart. Verschillen tussen oudere en jongere kankerpatiënten wijzen bijgevolg op een effect van veroudering. Verschillen tussen oudere patiënten met en zonder kanker wijzen op een effect van de diagnose en behandeling van kanker.

De prevalentie van depressie werd berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 - baseline	245	183	259
T1 - zes maanden	143	107	111
T2 - één jaar	101	56	93

In een eerste oogopslag zien we dat de verschillen tussen de drie groepen niet groot zijn (zie Figuur 4). Voor oudere patiënten zonder kanker nam de prevalentie van depressie net als voor oudere kankerpatiënten lichtjes toe doorheen de tijd. De proportie depressieve ouderen zonder kanker (14%) is eveneens in overeenstemming met eerdere studies. Zo toonde een Nederlandse studie bij thuiswonende ouderen bijvoorbeeld een prevalentie van 13% [37]. Verder was de prevalentie van depressie niet verschillend voor ouderen met en zonder kanker (zie Tabel 9). Er was dus geen effect van kanker op zich. Een cross-sectionele Amerikaanse studie toonde echter dat prevalentie van depressie significant hoger

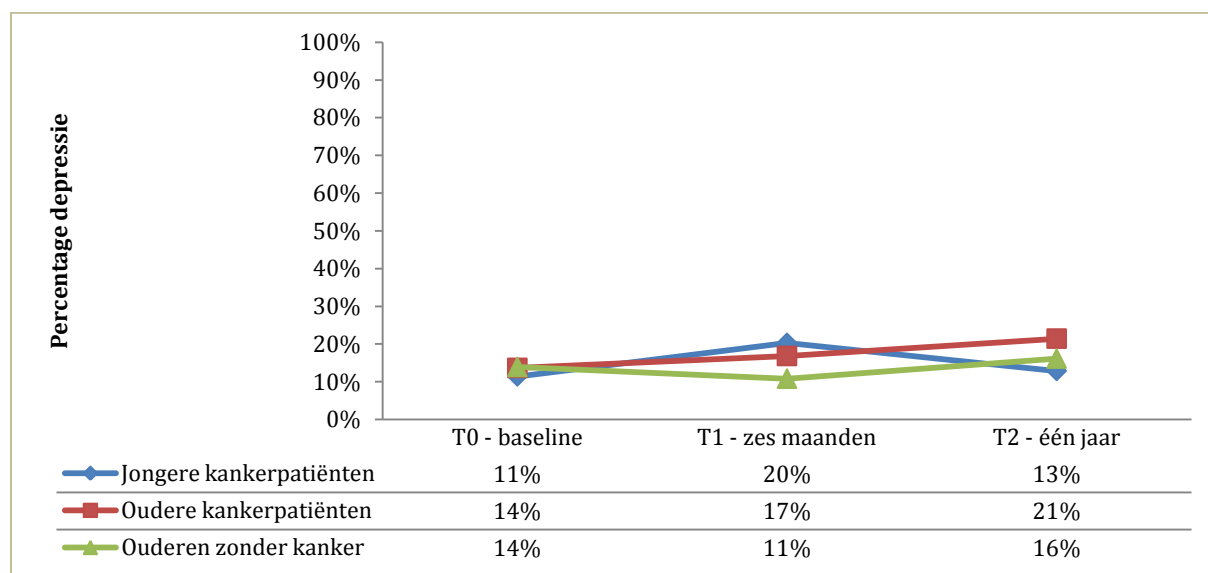
was bij oudere personen met een geschiedenis van kanker (26%) in vergelijking met ouderen zonder kanker (23%) [38]. Deze studie betrof echter patiënten die ooit een diagnose kanker gehad hebben, ongeacht de tijd sinds de diagnose. Bovendien waren de absolute verschillen niet groot (26% versus 23%).

Jongere kankerpatiënten toonden een licht ander patroon waarbij de prevalentie van depressie het hoogst was zes maanden na de diagnose (voor de meesten is dit naar het einde van de initiële therapie) en daarna terug weg ebde. De hier gerapporteerde prevalentie van 11% depressie bij jongere kankerpatiënten is ook in overeenstemming met eerdere studies [39]. De prevalentie van depressie bij jongere kankerpatiënten was eveneens niet verschillend van de prevalentie bij oudere kankerpatiënten (zie Tabel 9).

Tabel 9. De kans op depressie (≥ 5) bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker

	Effect van veroudering Jongere kankerpatiënten		REFERENTIE Oudere kankerpatiënten	Effect van kanker Ouderen zonder kanker	
	OR	(95% BI)		OR	(95% BI)
Depressie op T0	0.82	(0.46 - 1.45)		1.02	(0.59 - 1.77)
Depressie op T1	1.26	(0.66 - 2.41)		0.60	(0.27 - 1.31)
Depressie op T2	0.54	(0.23 - 1.29)		0.71	(0.30 - 1.64)

Figuur 4. Depressie (≥ 5) op T0, T1 en T2



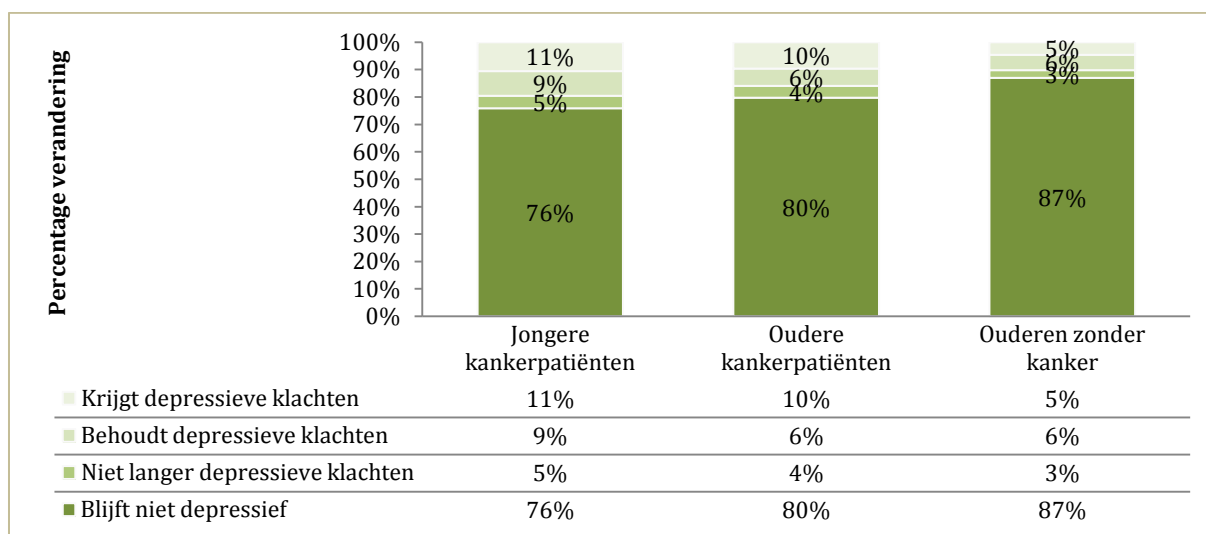
LONGITUDINAAL: VERANDERING IN DEPRESSIE VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2

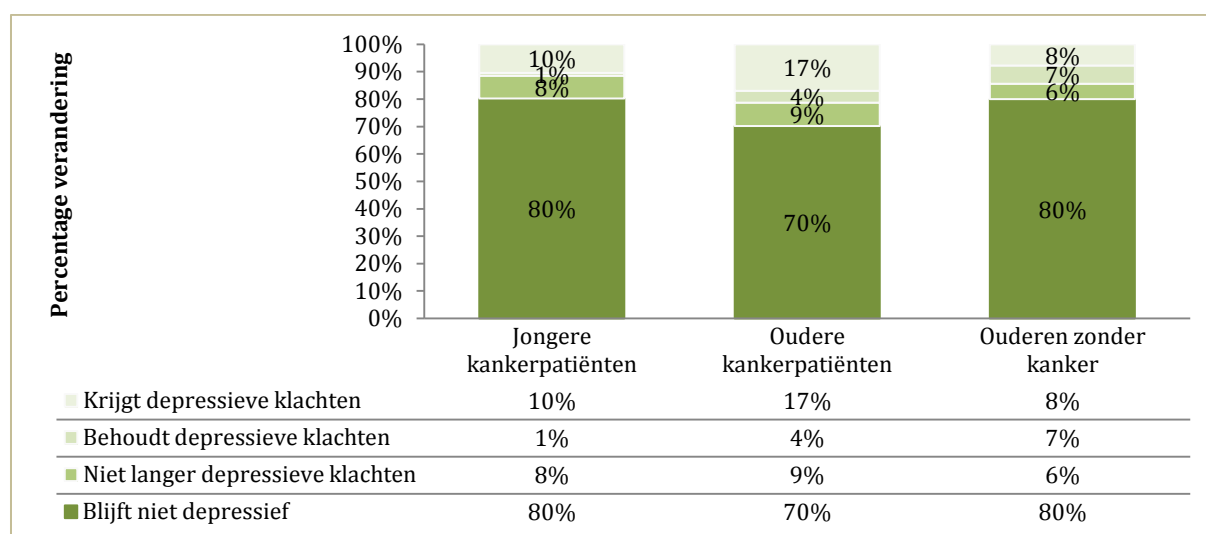
Verandering van depressieve gevoelens van T0 naar T1 en van T0 naar T2 werd berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 – 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 → T1	133	94	108
T0 → T2	96	47	90

Bij oudere kankerpatiënten was er een progressieve toename van depressie. Bij jongere kankerpatiënten was er vaker een korte (zes maanden) episode van depressie die op één jaar weer verdween. Bij ouderen zonder kanker was er enkel een beperkte schommeling in de tijd. Opvallend is wel dat van T0 naar T2 een grotere groep oudere kankerpatiënten depressief werd; 17% ten opzichte van 8% ouderen zonder kanker en 10% jongere kankerpatiënten (zie Figuur 6). Binnen de groepen waren de veranderingen van T0 naar T1, van T1 naar T2 en van T0 naar T2 niet significant en zoals hierboven al aangetoond waren ook de verschillen tussen de groepen niet significant.

Figuur 5. Verandering in depressie van T0 → T1



Figuur 6. Verandering in depressie van T0 → T2

LONGITUDINAAL: VOORSPELLERS VOOR HET ONTSTAAN VAN DEPRESSIE OP T1 EN T2

In een derde stap werd nagegaan welke kenmerken op baseline de kans op depressie na 6 of 12 maanden beïnvloedden en of een diagnose en behandeling van kanker en/of veroudering hierin een cruciale rol speelden. Er werd nagegaan welke baseline factoren depressie voorspelden op T1 en T2. We zijn hierbij vooral geïnteresseerd in baseline factoren die mogelijks beïnvloedbaar zijn. We presenteren hier enkel het uiteindelijke model.

Baseline kenmerken die depressie na zes maanden voorspelden waren het reeds aanwezig zijn van depressie op T0, functionele beperkingen en emotionele eenzaamheid. Met andere woorden, mensen met depressieve gevoelens, functionele beperkingen en emotionele eenzaamheid op baseline hadden een grotere kans om depressief te worden zes maanden later (zie Tabel 10). Kenmerken op baseline die depressie na één jaar voorspelden waren cognitieve status gemeten met de MMSE¹⁷, last van andere (niet lichamelijke) problemen, sociale eenzaamheid en het gebruik van de vermijdende copingstijl (zie Tabel 11). In beide modellen had de patiëntgroep geen significante bijdrage in het voorspellen van depressie; dit wil zeggen dat de kans op depressie niet anders was voor oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten of in vergelijking met ouderen zonder kanker. Met andere woorden, leeftijd en kanker hadden geen significante invloed op depressie. Dit bleek echter ook al uit de bivariate analyses (zie Tabel 9).

Ook de multivariate analyses zijn in overeenstemming met eerdere rapporteringen. Zo is het verband tussen functionele beperkingen en depressie al meermaals aangetoond, ook bij oudere kankerpatiënten [40-43]. We konden echter geen studies vinden die een verband tussen cognitieve status en depressie specifiek bij oudere kankerpatiënten aantoonde, maar het is bekend dat oudere mensen met cognitieve

¹⁷ Door de kleine aantallen kon er geen redelijk odds ratio en betrouwbaarheidsinterval berekend worden. Desondanks voorspelt cognitieve status de kans op depressie significant

problemen een groter risico hebben op depressie [44]. Ook eenzaamheid is een aangetoonde risicofactor voor depressie [45, 46] en er werd in een studie bij oudere kankerpatiënten aangetoond dat de vermijdende copingstijl de kans op depressie vergroot [47].

De variabele “last van andere problemen” is een vraag die uit de Distress Barometer komt. In de huidige gegevensverzameling werd deze vraag geïnterpreteerd als de mate waarin iemand last heeft van niet-lichamelijke problemen. Distress en depressie zijn twee verschillende concepten, maar toch zijn ze sterk met elkaar verstrengeld. In de richtlijnen van de NCCN wordt distress bijvoorbeeld als volgt omschreven: “Distress kan gesitueerd worden op een continuüm gaande van vaak voorkomende normale gevoelens van kwetsbaarheid, droefheid en angst tot problemen die invaliderend kunnen zijn zoals depressie, angststoornis, paniek, sociale isolatie en existentiële en spirituele crisis” [48]. Daarom is het niet verassend dat distress een risicofactor is voor depressie, hier gemeten door de mate waarin iemand last heeft van andere problemen. Nieuw is hier dat het specifieke item “last hebben van andere problemen” de kans op depressie voorspelt.

Tabel 10. Kenmerken op T0 die de kans op depressie op T1 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Niet depressief op T1	175	85%		
Depressief op T1	30	15%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	22	11%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	83	40%	3.77	(0.69 - 20.66)
- Ouderen zonder kanker	100	49%	0.34	(0.06 - 2.05)
Geslacht				
- Man	74	36%	1	Referentie
- Vrouw	131	64%	0.28	(0.08 - 0.94)
Depressie op T0				
- Geen depressie op T0	188	92%	1	Referentie
- Depressie op T0	17	8%	7.35	(2.19 - 24.69)
Functionele status				
- Onafhankelijk	134	65%	1	Referentie
- Afhankelijk	71	35%	3.91	(1.28 - 12.00)
Emotionele eenzaamheid				
- Niet eenzaam	143	70%	1	Referentie
- Eenzaam	62	30%	3.16	(1.16 - 8.57)
Knijpkracht op T0 (in kg)				
- Gemiddelde (SD)	24.07	9.95	0.95	(0.90 - 1.01)

Tabel 11. Kenmerken op T0 die de kans op depressie op T2 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Niet depressief op T2	166	88%		
Depressief op T2	23	12%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	25	13%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	84	44%	0.85	(0.19 - 3.85)
- Ouderen zonder kanker	80	42%	0.43	(0.09 - 2.14)
Geslacht				
- Man	62	33%	1	Referentie
- Vrouw	127	67%	0.54	(0.16 - 1.81)
Depressie op T0				
- Geen depressie op T0	169	89%	1	Referentie
- Depressie op T0	20	11%	2.51	(0.59 - 10.64)
Cognitieve status (gemeten met de MMSE)				
- Geen cognitieve problemen	183	97%	1	Referentie
- Cognitieve problemen ¹⁸	6	3%	-	-
Last van andere problemen¹⁹				
- Helemaal niet	120	63%	1	Referentie
- Een beetje	42	22%	3.31	(0.84 - 13.10)
- Nogal, veel, erg veel	27	14%	6.77	(1.64 - 27.93)
Last van pijn¹⁹				
- Helemaal niet	92	49%	1	Referentie
- Een beetje	44	23%	3.27	(0.84 - 12.68)
- Nogal, veel, erg veel	53	28%	0.55	(0.11 - 2.65)
Sociale eenzaamheid				
- Niet eenzaam	162	86%	1	Referentie
- Eenzaam	27	14%	7.27	(1.73 - 30.48)
Copingstijl: Vermijden en afwachten				
- Gebruikt copingstijl niet	165	87%	1	Referentie
- Gebruikt copingstijl wel	24	13%	3.88	(1.03 - 14.63)

¹⁸ Door de kleine aantallen kon er geen redelijk odds ratio en betrouwbaarheidsinterval berekend worden. Desondanks voorspelt cognitieve status de kans op depressie significant.

¹⁹ Werd niet opgenomen in de gegevensverzameling van het UZ Leuven, deze vragen zijn onderdeel van de Distress Barometer.

CONCLUSIE DEPRESSIE

Het aantal oudere kankerpatiënten met depressieve gevoelens was gelukkig niet dramatisch hoog, maar het percentage nam wel gestaag toe doorheen de tijd van 14% op T0 tot 21% op T2. Deze toename was echter niet statistisch significant.

Bij ouderen zonder kanker was, net zoals bij ouderen met kanker, 14% licht depressief op T0 en 16% op T2. Jongere kankerpatiënten toonden een licht ander patroon met 11% depressie op T0, 20% op T1 en 13% op T2. De verschillen tussen de drie groepen waren echter niet significant, wat betekent dat depressie niet werd beïnvloed door veroudering en/of kanker. Uit de multivariate analyses bleek eveneens dat leeftijd en kanker geen significante invloed hadden op het voorkomen van depressie. De belangrijkste factoren die de kans op depressie verhoogden waren het reeds aanwezig zijn van depressie op T0, functionele beperkingen en emotionele of sociale eenzaamheid. Verder bleek ook dat last van andere (niet lichamelijke) problemen de kans op depressie voorspelden.

4.2 EENZAAMHEID

ACHTERGROND EENZAAMHEID

Eenzaamheid wordt gedefinieerd als het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties [49]. Een netwerk van goede relaties is een onmisbaar ingrediënt voor de kwaliteit van leven. Eenzaamheid heeft niet alleen een negatief effect op de kwaliteit van leven, maar is ook risicofactor voor verschillende gezondheidsproblemen variërende van verhoogde bloeddruk en verminderde slaapkwaliteit [50] tot verminderde immuniteit [51], angst [52], depressie [45] en zelfs overlijden [53].

Ouderdom op zich, is geen oorzaak voor eenzaamheid, maar ouderen worden vaker geconfronteerd met problemen die belangrijke oorzaken kunnen zijn van eenzaamheid, zoals functionele problemen en gezondheidsproblemen die contact met anderen bemoeilijken. Daarnaast is het ook aangetoond dat stresserende levensgebeurtenissen de kans op eenzaamheid verhogen [54, 55]. Gezien hun leeftijd en de stresserende situatie van een diagnose en behandeling van kanker zijn oudere kankerpatiënten mogelijk extra kwetsbaar om eenzaam te worden. Daarom willen wij uitzoeken hoe vaak eenzaamheid voorkomt bij oudere kankerpatiënten en of dit meer of minder is in vergelijking met ouderen zonder kanker of met jongere kankerpatiënten. Hierbij maken wij het onderscheid tussen twee types eenzaamheid, emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid, omdat de risicofactoren en mogelijke interventies verschillend zijn voor deze types eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid ontstaat bij het subjectief ervaren van een sterk gemis van een intieme relatie (een emotioneel hechte band met een partner of hartsvriendin). Sociale eenzaamheid ontstaat bij het subjectief ervaren gemis van betekenisvolle relaties met een brede groep van mensen om zich heen zoals kennissen en collega's.

INSTRUMENT: EENZAAMHEIDSSCHAAL VAN DE JONG GIERVELD

De eenzaamheidsschaal bevat 11 items (6 negatief en 5 positief geformuleerde items) die samen de onderliggende dimensie van eenzaamheid meten [56]. De subschaal emotionele eenzaamheid komt voort uit de 6 negatief verwoorde items en de subschaal rond sociale eenzaamheid zijn de 5 positief verwoorde items. De totale eenzaamheidsscore is de som van alle items en varieert tussen 0 en 11, emotionele eenzaamheid varieert tussen 0 en 6 en sociale eenzaamheid tussen 0 en 5. Een hogere score wijst op meer eenzaamheid. De betrouwbaarheid van de eenzaamheidsschaal werd aangetoond door een goede interne consistentie met een Cronbach's alfa tussen 0.80 en 0.90 [56].

Totale eenzaamheid:

- Range 0 – 11: hoe hoger, hoe meer eenzaam
- Afkappunten:
 - o 0 – 2: niet eenzaam
 - o 3 – 8: matig eenzaam
 - o 9 – 10: ernstig eenzaam
 - o 11: zeer ernstig eenzaam

Emotionele eenzaamheid = als iemand een sterk gemis ervaart van een intieme relatie, een emotioneel hechte band met een partner of vriend(in)

- Range 0 – 6
- Score ≥ 2 werd gedefinieerd als eenzaam [57]

Sociale eenzaamheid = als iemand betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen zoals kennissen, collega's, buurtgenoten of mensen met dezelfde belangstelling mist

- Range 0 – 5
- Score ≥ 2 werd gedefinieerd als eenzaam [57]

Opmerking:

Totale eenzaamheid is de combinatie van emotionele en sociale eenzaamheid. Daarom bespreken we enkel emotionele en sociale eenzaamheid, welke overigens twee verschillende constructen zijn. De resultaten voor totale eenzaamheid worden weergegeven in Appendix 5.

4.2.1 EMOTIONELE EENZAAMHEID

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN EMOTIONELE EENZAAMHEID BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONNEEL: PREVALENTIE VAN EMOTIONELE EENZAAMHEID OP T0, T1 EN T2

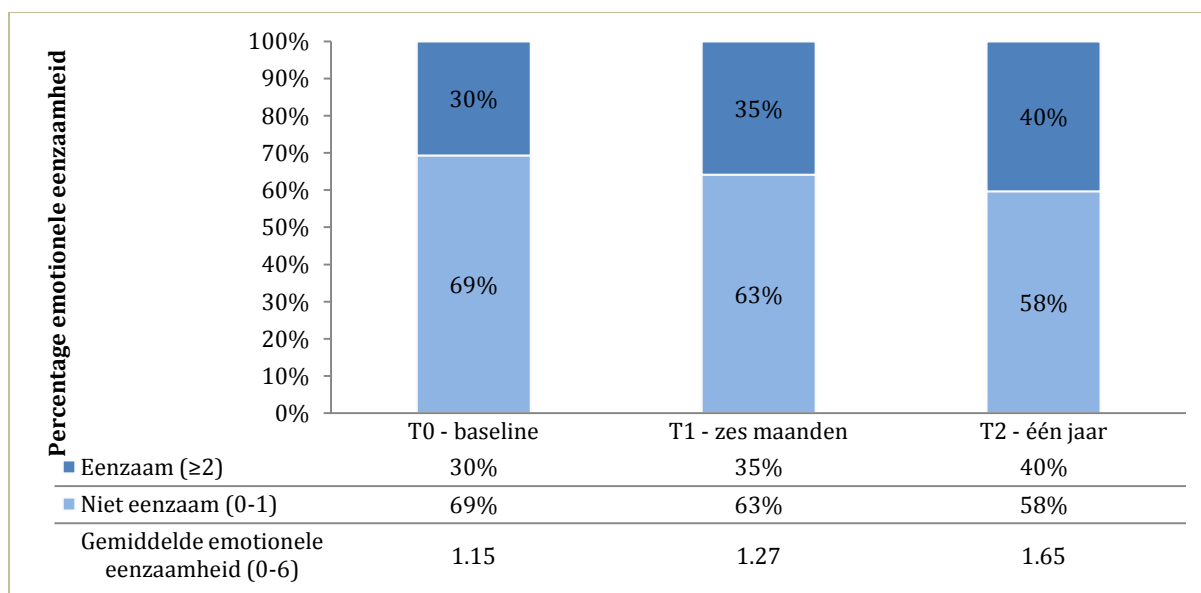
De prevalentie van emotionele eenzaamheid werd berekend op volgende aantallen:

- T0 – baseline: 150 oudere kankerpatiënten
- T1 – na zes maanden: 106 oudere kankerpatiënten
- T2 – na één jaar: 57 oudere kankerpatiënten

De prevalentie van emotionele eenzaamheid steeg bij oudere kankerpatiënten doorheen de tijd van 30% emotioneel eenzaam op T0 tot 40% op T2 (zie Figuur 7), de gemiddelde eenzaamheidsscore steeg met een half punt.

Voor zover wij weten werd emotionele eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten slechts in één recente studie gerapporteerd [58]. Helaas, werd de prevalentie van sociaal eenzame oudere kankerpatiënten niet weergegeven waardoor vergelijking niet mogelijk was.

Figuur 7. Emotionele eenzaamheid (≥ 2) op T0, T1 en T2 bij oudere kankerpatiënten

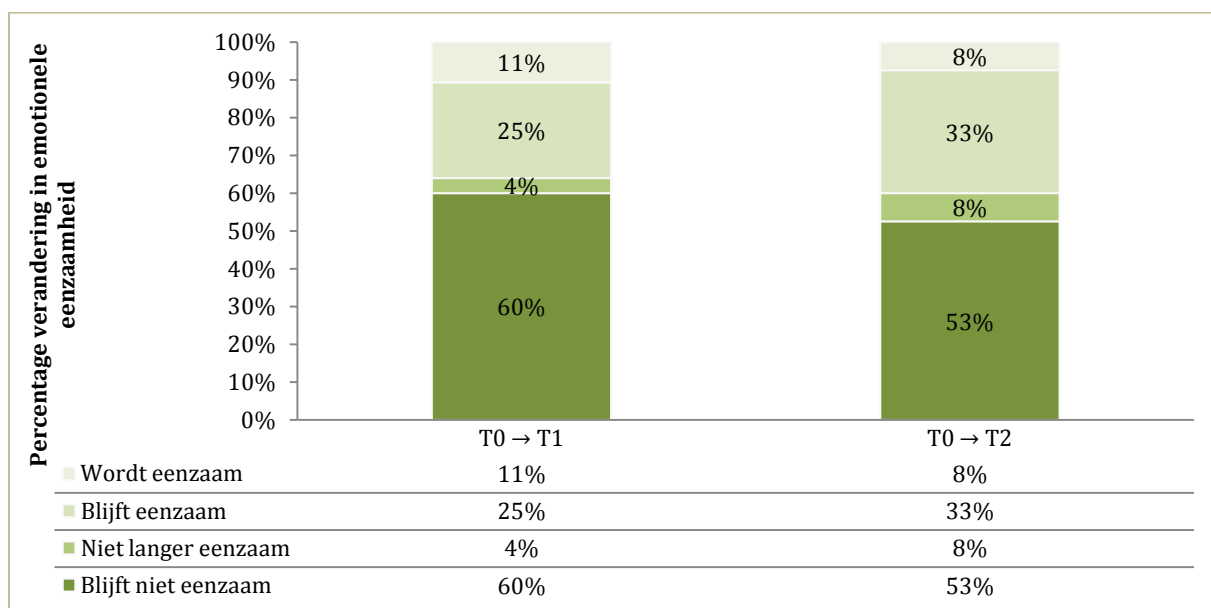


LONGITUDINAAL: VERANDERING IN EMOTIONELE EENZAAMHEID VAN T0 → T1 EN VAN T1 → T2

Bij het presenteren van verandering in emotionele eenzaamheid van T0 naar T1 werden enkel die patiënten opgenomen in de analyse van wie we gegevens hadden op beide tijdstippen. Dit waren 75 oudere kankerpatiënten. Op dezelfde manier werden er 40 oudere kankerpatiënten opgenomen voor de verandering in emotionele eenzaamheid van T0 naar T2.

De verandering in emotionele eenzaamheid toonde een ander beeld dan we verwachtten aan de hand van de bovenstaande cross-sectionele analyses (zie Figuur 8). Tussen T0 en T2 bleek dat “slechts” 8% van de oudere kankerpatiënten eenzaam werd, terwijl we cross-sectioneel zagen dat de prevalentie van eenzaamheid steeg van 30% tot 40%. Dit vertekend beeld kan verklaard worden doordat de patiënten die gezien werden op zowel T0 als T1 of zowel T0 als T2 een andere populatie betreft dan de populatie uit de cross-sectionele analyses. Zo hadden we voor slechts 40 oudere kankerpatiënten gegevens over eenzaamheid op T0 en T2, terwijl we op baseline gegevens hadden voor 155 patiënten (zie Appendix 2). We moeten ons er dus bewust van zijn dat we voor resultaten na één jaar slechts over een subpopulatie rapporteren. Voor deze subpopulatie was het verschil in emotionele eenzaamheid tussen T0 en T1 ($p = 0.23$) en tussen T0 en T2 ($p = 1.00$) niet statistisch significant.

Figuur 8. Verandering in emotionele eenzaamheid van T0 → T1 en van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten



DOELSTELLING 2. DE INVLOED VAN VEROUDERING, VAN DE KANKERDIAGNOSE EN -BEHANDELING EN VAN DE INTERACTIE TUSSEN BEIDE OP HET VOORKOMEN VAN EENZAAMHEID BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONEEL: PREVALENTIE VAN EMOTIONELE EENZAAMHEID OP T0, T1 EN T2

Emotionele eenzaamheid bleek een veel voorkomend probleem bij oudere kankerpatiënten. We hebben echter geen vergelijkingsbasis omdat er geen andere studies zijn die emotionele eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten in kaart hebben gebracht. Binnen onze studie konden we wel vergelijken met jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker en zo het effect van veroudering en kanker in kaart brengen.

De prevalentie van emotionele eenzaamheid werd berekend op volgende aantallen:

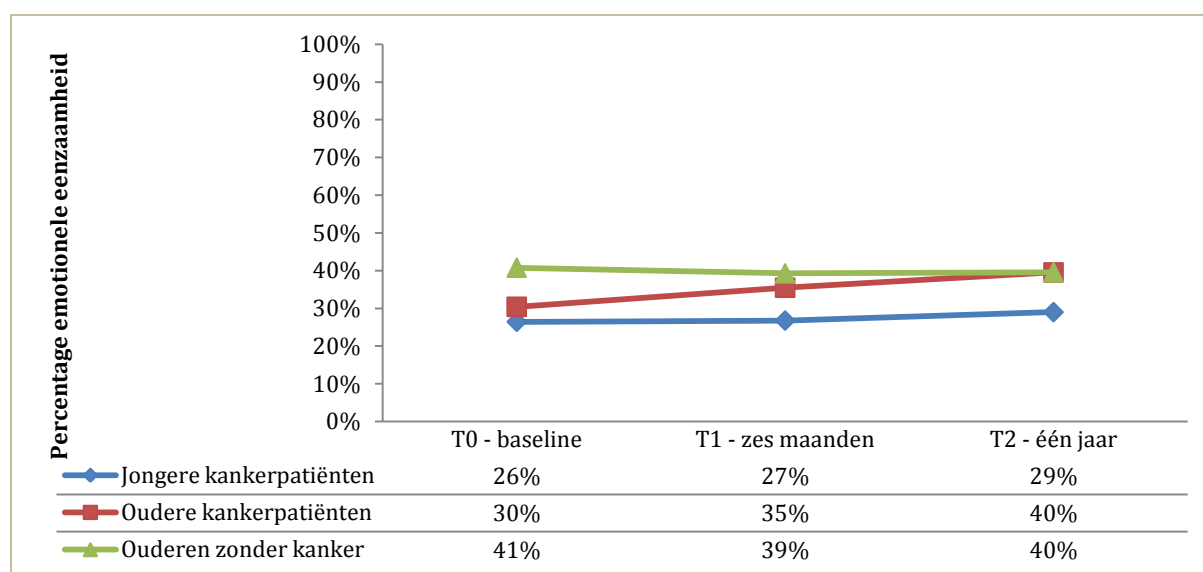
	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 - baseline	255	155	257
T1 - zes maanden	145	107	114
T2 - één jaar	101	58	96

De stijging in prevalentie van emotionele eenzaamheid zagen we enkel bij oudere kankerpatiënten. Voor jongere kankerpatiënten steeg de prevalentie amper met slechts 3% (zie Figuur 9). Bij ouderen zonder kanker bleef de prevalentie van emotionele eenzaamheid ongeveer constant. Opvallend is wel dat oudere kanker patiënten significant minder emotioneel eenzaam waren op het moment van de diagnose in vergelijking met ouderen zonder kanker (zie Tabel 12). Na één jaar werden geen verschillen meer waargenomen tussen ouderen met en zonder kanker en waren de oudere kankerpatiënten even eenzaam als ouderen zonder kanker. Dit kan mogelijk verklaard worden door de sociale steun die mensen ervaren rond het moment van de diagnose, ze voelen zich goed omringd. Zes maanden, of één jaar later wordt er echter verwacht de draad weer op te pakken en veel steun, zowel van de onmiddellijke omgeving als vanuit het ziekenhuis valt weg. Dit fenomeen werd in een kwalitatieve studie benoemd als “*survival loneliness*” [59].

Tabel 12. De kans op emotionele eenzaamheid (≥ 2) bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker

	Effect van veroudering Jongere kankerpatiënten		REFERENTIE Oudere kankerpatiënten	Effect van kanker Ouderen zonder kanker	
	OR	(95% BI)		OR	(95% BI)
Emotionele eenzaamheid op T0	0.81	(0.52 - 1.27)		1.56	(1.02 - 2.39)
Emotionele eenzaamheid op T1	0.65	(0.38 - 1.13)		1.16	(0.67 - 2.00)
Emotionele eenzaamheid op T2	0.60	(0.30 - 1.20)		0.97	(0.50 - 1.89)

Figuur 9. Emotionele eenzaamheid (≥ 2) op T0, T1 en T2



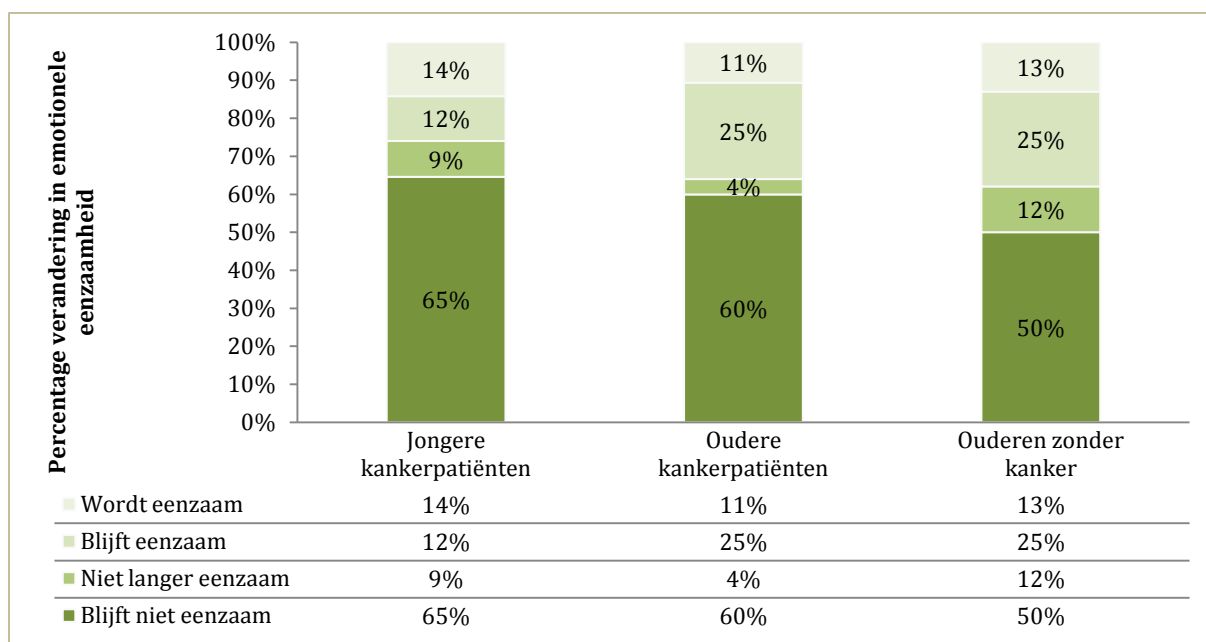
LONGITUDINAAL: VERANDERING IN EMOTIONELE EENZAAMHEID VAN T0 → T1 EN VAN T1 → T2

Verandering van emotionele eenzaamheid werd berekend op volgende aantallen:

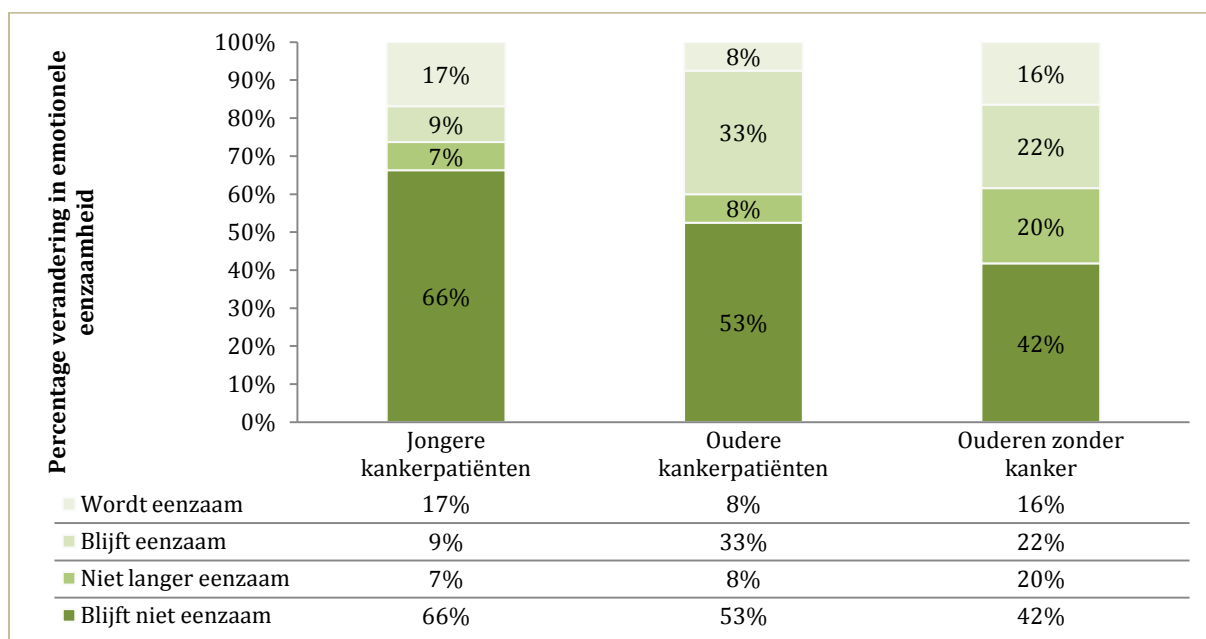
	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 → T1	127	75	108
T0 → T2	95	40	91

Bij de verandering in emotionele eenzaamheid zagen we dat 17% van de jongere kankerpatiënten, 8% van de oudere kankerpatiënten en 16% van de ouderen zonder kanker emotioneel eenzaam werd tussen T0 en T2 (zie Figuur 11). Zoals hierboven reeds beschreven was dit niet in overeenstemming met de cross-sectionele analyses en betreft de groep oudere kankerpatiënten met gegevens op zowel T0 als T2 een bijzondere subpopulatie. Daarom zullen we ons nu nog onthouden om hierover uitspraken te doen.

Figuur 10. Verandering in emotionele eenzaamheid van T0 → T1



Figuur 11. Verandering in emotionele eenzaamheid van T0 → T2



LONGITUDINAAL: VOORSPELLERS VOOR HET ONTSTAAN VAN EMOTIONELE EENZAAMHEID OP T1 EN T2

Uit multivariate analyses bleek dat emotionele eenzaamheid op T1 en T2 voorspeld werd door het reeds emotioneel eenzaam zijn op baseline en vermoeidheid (zie Tabel 13 en Tabel 14). Op T1 werd de kans op emotionele eenzaamheid ook voorspeld door last van andere problemen, hoe meer last van andere problemen hoe groter de kans op emotionele eenzaamheid. Op T2 waren professionele hulp en geslacht ook voorspellende factoren; personen met professionele hulp en vrouwen hadden een hogere kans op emotionele eenzaamheid.

Dit wil zeggen dat de kans op emotionele eenzaamheid groter is naargelang iemand al emotioneel eenzaam was en last had van vermoeidheid. Het verband tussen vermoeidheid en eenzaamheid ligt wellicht in dezelfde lijn als het verband tussen eenzaamheid en het krijgen van professionele hulp. Beide factoren wijzen erop dat de patiënt beperkt is in zijn doen en laten wat contact met anderen mogelijk in de weg staat. Voor vrouwen was de kans op emotionele eenzaamheid groter dan voor mannen. Ook andere studies toonden aan dat vrouwen vaker eenzaamheid en depressie rapporteren [49]. De variabele “last van andere problemen” is een vraag die uit de Distress Barometer komt. In de huidige gegevensverzameling werd deze vraag geïnterpreteerd als de mate waarin iemand last heeft van niet-lichamelijke problemen. De mate waarin iemand last heeft van niet-lichamelijke problemen of zorgen blijkt dus een voorspellende factor te zijn voor emotionele eenzaamheid. Dit lijkt in overeenstemming met de definiëring van emotionele eenzaamheid. Last van niet-lichamelijke problemen is gewoonlijk iets wat je met een vertrouwenspersoon bespreekt. Als er niemand in de omgeving is waarbij je met zulke zorgen terecht kan is het niet onwaarschijnlijk dat de kans op emotionele eenzaamheid groter is.

Tabel 13. Kenmerken op T0 die de kans op emotionele eenzaamheid op T1 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Eenzaam op T1	188	67%		
Niet eenzaam op T1	94	33%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	48	17%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	126	45%	0.65	(0.29 - 1.46)
- Ouderen zonder kanker	108	38%	0.82	(0.36 - 1.85)
Geslacht				
- Man	86	30%	1	Referentie
- Vrouw	196	70%	0.97	(0.51 - 1.83)
Emotionele eenzaamheid op T0				
- Niet eenzaam op T0	199	71%	1	Referentie
- Eenzaam op T0	83	29%	7.91	(4.24 - 14.76)
Vermoeidheid op T0				
- 0 - 3	145	51%	1	Referentie
- ≥4	137	49%	1.97	(1.10 - 3.53)
Last van (andere) problemen op T0				
- Helemaal niet	182	65%	1	Referentie
- Een beetje	63	22%	0.69	(0.32 - 1.47)
- Nogal, veel, erg veel	37	13%	3.21	(1.33 - 7.73)

Tabel 14. Kenmerken op T0 die de kans op emotionele eenzaamheid op T2 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Eenzaam op T2	150	67%		
Niet eenzaam op T2	73	33%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	37	17%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	95	43%	1.87	(0.65 - 5.37)
- Ouderen zonder kanker	91	41%	1.39	(0.54 - 3.60)
Geslacht				
- Man	68	30%	1	Referentie
- Vrouw	155	70%	2.19	(1.02 - 4.71)
Emotionele eenzaamheid op T0				
- Niet eenzaam op T0	154	69%	1	Referentie
- Eenzaam op T0	69	31%	6.09	(2.98 - 12.45)
Vermoeidheid op T0				
- 0 - 3	114	51%	1	Referentie
- ≥4	109	49%	3.71	(1.89 - 7.32)
Professionele hulp op T0				
- Geen hulp	129	58%	1	Referentie
- Hulp	94	42%	2.73	(1.34 - 5.54)
Cognitieve status (gemeten met de MMSE)				
- Geen cognitieve problemen	214	96%	1	Referentie
- Cognitieve problemen	9	4%	3.57	(0.72 - 17.70)

4.2.2 SOCIALE EENZAAMHEID

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN SOCIALE EENZAAMHEID BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

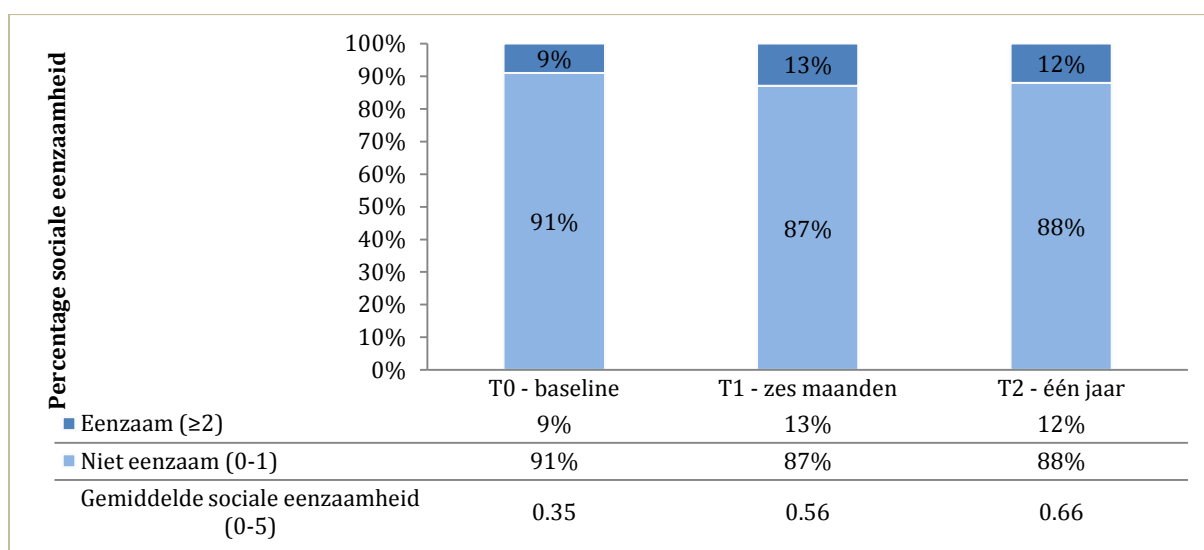
CROSS-SECTIONNEEL: PREVALENTIE VAN SOCIALE EENZAAMHEID OP T0, T1 EN T2

De prevalentie van sociale eenzaamheid werd berekend op volgende aantallen:

- T0 – baseline: 155 oudere kankerpatiënten
- T1 – na zes maanden: 108 oudere kankerpatiënten
- T2 – na één jaar: 58 oudere kankerpatiënten

De prevalentie van sociale eenzaamheid steeg minimaal doorheen de tijd van 9% sociaal eenzamen naar 12% (zie Figuur 12). De gemiddelde sociale eenzaamheid steeg met 0.3 punten. De verschillen waren niet significant. Voor zover wij weten werd sociale eenzaamheid nog niet gerapporteerd bij oudere kankerpatiënten.

Figuur 12. Sociale eenzaamheid (≥ 2) op T0, T1 en T2 bij oudere kankerpatiënten

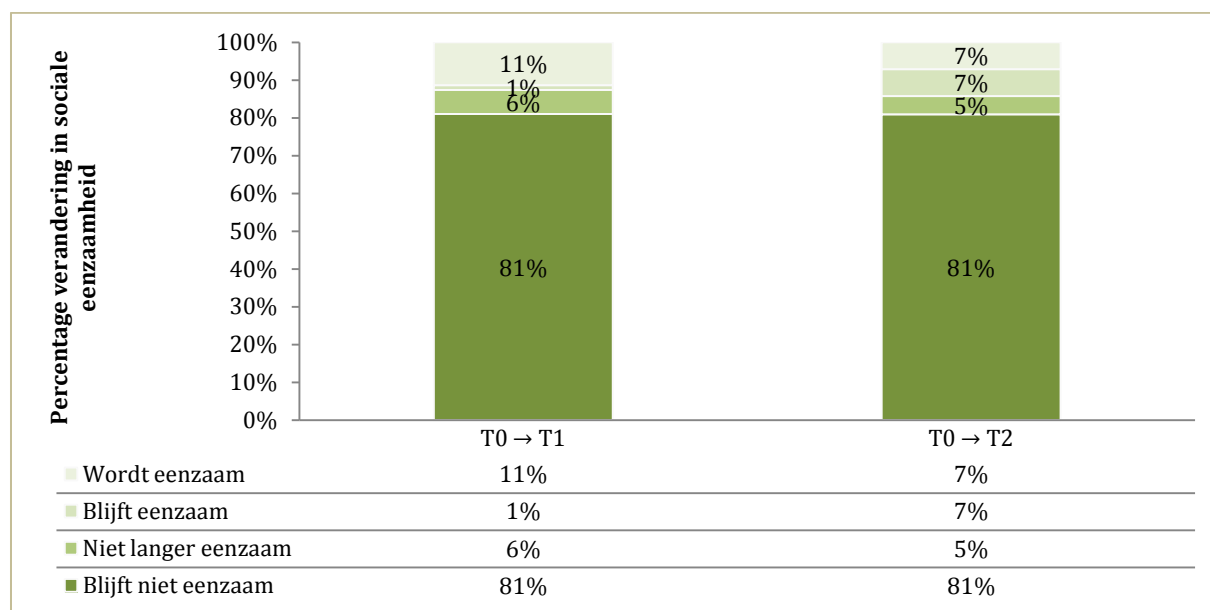


LONGITUDINAAL: VERANDERING IN SOCIALE EENZAAMHEID VAN T0 → T1 EN VAN T1 → T2

Bij het presenteren van verandering in sociale eenzaamheid werden enkel die patiënten meegenomen van wie we gegevens hadden op beide tijdstippen. Dit waren 79 en 42 patiënten voor de verandering van T0 naar T1 en van T0 naar T2.

De verandering in sociale eenzaamheid was in overeenstemming met de cross-sectionele resultaten; een kleine groep mensen werd sociaal eenzaam tussen T0 en T2 (zie Figuur 13). Het verschil in sociale eenzaamheid tussen T0 en T1 ($p = 0.42$) en tussen T0 en T2 ($p = 1.00$) was niet statistisch significant.

Figuur 13. Verandering in sociale eenzaamheid van T0 → T1 en van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten



DOELSTELLING 2. DE INVLOED VAN VEROUDERING, VAN DE KANKERDIAGNOSE EN -BEHANDELING EN VAN DE INTERACTIE TUSSEN BEIDE OP HET VOORKOMEN VAN EENZAAMHEID BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONNEEL: DE PREVALENTIE VAN SOCIALE EENZAAMHEID OP T0, T1 EN T2

De prevalentie van sociale eenzaamheid werd berekend op volgende aantallen:

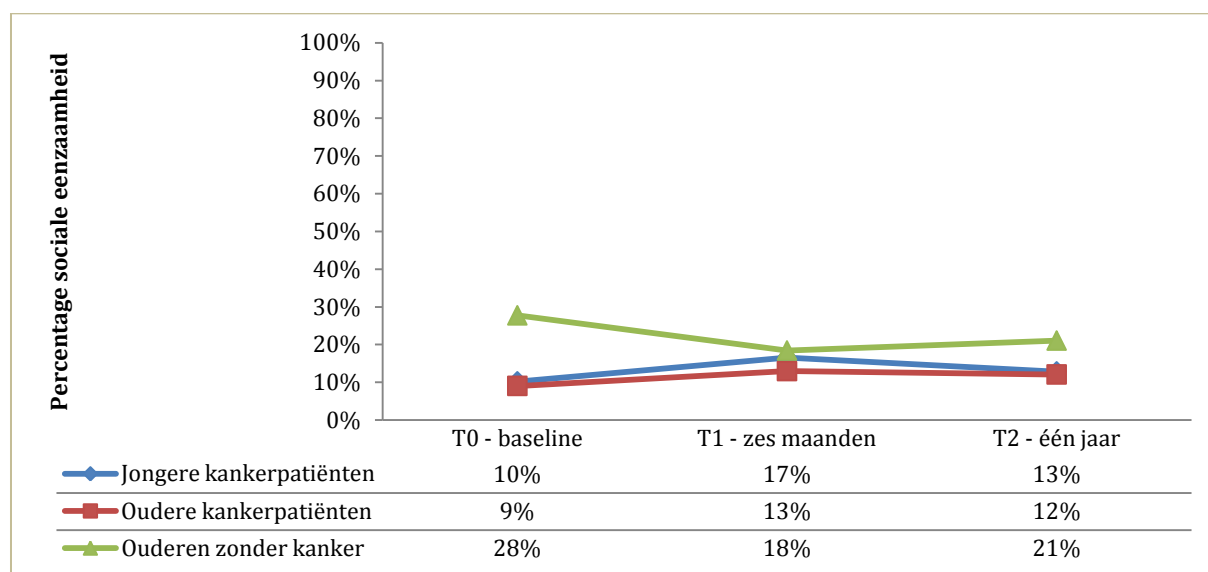
	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 - baseline	254	155	256
T1 - zes maanden	145	108	114
T2 - één jaar	101	58	95

Sociale eenzaamheid welke overeenkomt met het gemis van een brede groep van contacten, kwam in veel mindere mate voor dan emotionele eenzaamheid. Doorheen de tijd leek sociale eenzaamheid ook minder te veranderen, in de drie groepen bleef het percentage sociaal eenzamen relatief stabiel (zie Figuur 14). Enkel zagen we, net als voor emotionele eenzaamheid, dat oudere kankerpatiënten op baseline significant minder sociaal eenzaam waren in vergelijking met ouderen zonder kanker (zie Tabel 15). Wellicht kan dit op dezelfde manier verklaard worden als voor emotionele eenzaamheid, waarbij kankerpatiënten vooral sociale steun ervaren in de acute periode van de diagnose en behandeling, maar die in de volgende maanden niet stand houdt. Bij ouderen zonder kanker daalde de prevalentie van sociale eenzaamheid.

Tabel 15. De kans op sociale eenzaamheid (≥ 2) bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker

	Effect van veroudering Jongere kankerpatiënten		REFERENTIE Oudere kankerpatiënten	Effect van kanker Ouderen zonder kanker	
	OR	(95% BI)		OR	(95% BI)
Sociale eenzaamheid op T0	1.15	(0.58 - 2.27)		3.87	(2.09 - 7.14)
Sociale eenzaamheid op T1	1.33	(0.65 - 2.27)		1.52	(0.73 - 3.16)
Sociale eenzaamheid op T2	1.08	(0.40 - 2.87)		1.94	(0.77 - 4.93)

Figuur 14. Sociale eenzaamheid (≥ 2) op T0, T1 en T2



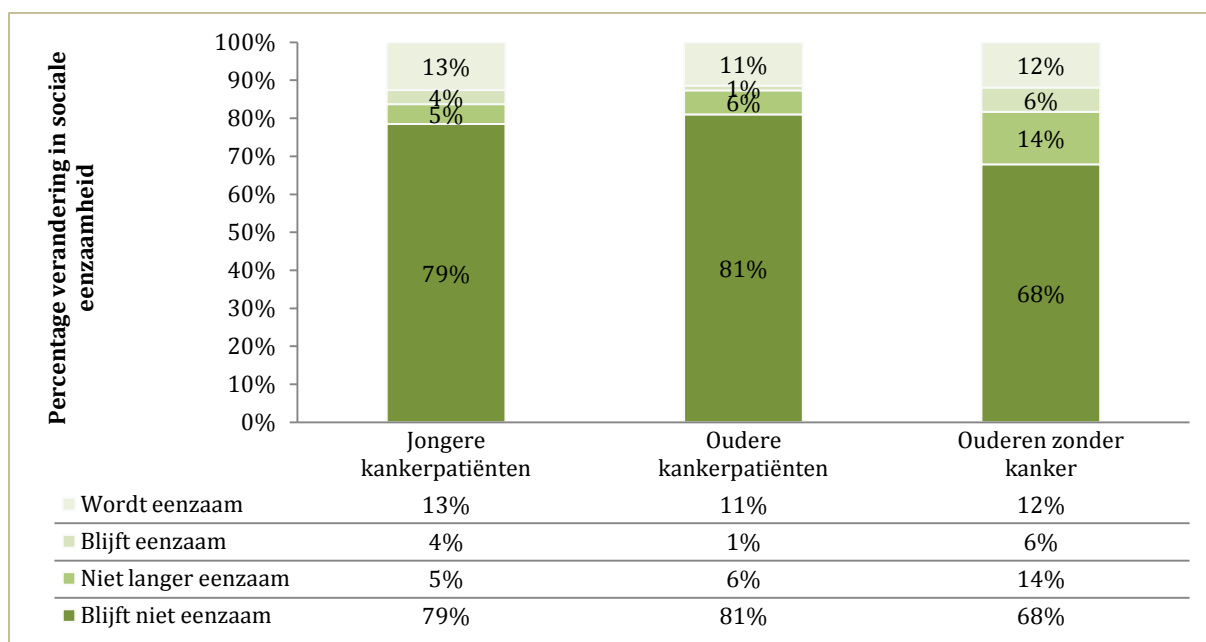
LONGITUDINAAL: VERANDERING IN EENZAAMHEID VAN T0 → T1 EN VAN T1 → T2

Verandering van sociale eenzaamheid werd berekend op volgende aantallen:

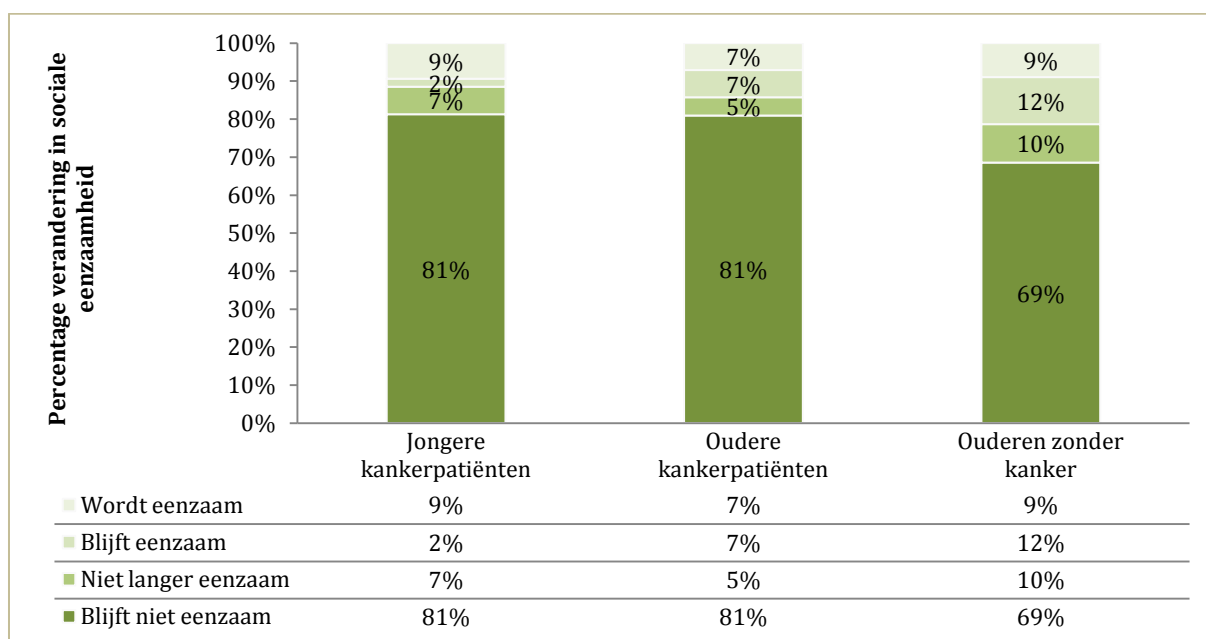
	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 → T1	135	75	108
T0 → T2	96	42	89

Voor sociale eenzaamheid zagen we dat oudere kankerpatiënten minder eenzaam waren op baseline dan ouderen zonder kanker, het verschil tussen T0 en T1 ($p = 0.85$) en T0 en T2 ($p = 1.00$) was echter niet significant. Longitudinaal waren er globaal genomen echter geen verschillen tussen de drie groepen.

Figuur 15. Verandering in sociale eenzaamheid van T0 → T1



Figuur 16. Verandering in sociale eenzaamheid van T0 → T2



LONGITUDINAAL: VOORSPELLERS VOOR HET ONTSTAAN VAN SOCIALE EENZAAMHEID OP T1 EN T2

De factoren die sociale eenzaamheid voorspelden waren sociale en/of emotionele eenzaamheid op baseline, last van financiële problemen, vrouw zijn en behandeling met radiotherapie. Zoals hierboven vermeld werd het ook al door andere aangetoond dat vrouwen vaker eenzaamheid rapporteren dan mannen [49]. Dat behandeling met radiotherapie de kans op sociale eenzaamheid vermindert wekt echter verbazing op. Bijkomende analyses toonden aan dat 75% van de personen die bestraling kregen aangaven dat de bestraling was meegevallen. 72% van hen gaf een score <4 op een VAS-schaal van 0 – 10 waarbij volgende vraag gesteld werd “Hoe zwaar was de bestraling? 0 helemaal niet – 10 heel erg zwaar”. Bestraling werd over het algemeen dus goed verdragen. Ervaring leert ons dat dit dikwijls tegen de initiële verwachtingen van de patiënt in was. Op deze manier valt het wellicht te verklaren dat mensen die radiotherapie kregen, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en eenzaamheid op baseline, een minder grote kans hadden om sociaal eenzaam te worden.

Tabel 16. Kenmerken op T0 die de kans op sociale eenzaamheid op T1 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Eenzaam op T1	215	83%		
Niet eenzaam op T1	43	17%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	40	16%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	120	47%	4.03	(0.96 - 16.79)
- Ouderen zonder kanker	98	38%	3.70	(0.83 - 16.37)
Geslacht				
- Man	83	32%	1	Referentie
- Vrouw	175	68%	0.81	(0.36 - 1.79)
Sociale eenzaamheid op T0				
- Niet eenzaam op T0	225	87%	1	Referentie
- Eenzaam op T0	33	13%	2.41	(0.96 - 6.05)
Emotionele eenzaamheid op T0				
- Niet eenzaam op T0	184	71%	1	Referentie
- Eenzaam op T0	74	29%	3.65	(1.68 - 7.93)
Last van financiële problemen op T0				
- Helemaal niet	242	94%	1	Referentie
- Een beetje, nogal, heel erg	16	6%	3.50	(1.06 - 11.49)
Copingstijl op T0: vermijden en afwachten				
- Gebruikt coping stijl niet	227	88%	1	Referentie
- Gebruikt copingstijl wel	31	12%	2.66	(0.98 - 7.18)
Distress op T0 (Hoe lastig was de voorbije week voor u?)				
- 0 – 3	120	47%	1	Referentie
- ≥4	138	53%	2.16	(0.94 - 4.96)

Tabel 17. Kenmerken op T0 die de kans op sociale eenzaamheid op T2 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Eenzaam op T2	186	84%		
Niet eenzaam op T2	35	16%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	40	18%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	92	42%	0.83	(0.25 - 2.74)
- Ouderen zonder kanker	89	40%	0.66	(0.19 - 2.27)
Geslacht				
- Man	64	29%	1	Referentie
- Vrouw	157	71%	2.86	(1.06 - 7.76)
Sociale eenzaamheid op T0				
- Niet eenzaam op T0	187	85%	1	Referentie
- Eenzaam op T0	34	15%	8.57	(3.54 - 20.74)
Behandeling - radiotherapie				
- Geen radiotherapie	128	58%	1	Referentie
- Radiotherapie	93	42%	0.30	(0.09 - 0.98)

CONCLUSIE EENZAAMHEID

Rond de diagnose van kanker had 30% van de oudere kankerpatiënten last van emotionele eenzaamheid. Doorheen de tijd steeg dit tot een prevalentie van 40% na één jaar, welke doorheen de hele periode gebruikelijk was voor ouderen zonder kanker. Sociale eenzaamheid bleef meer constant en een minderheid van de oudere kankerpatiënten heeft hier last van. Het lijkt erop dat relaties zich rond de periode van de diagnose verdichten, patiënten voelen zich goed omringd, maar dat dit in de volgende maanden niet stand houdt.

Op het moment van de diagnose hadden oudere kankerpatiënten minder last van zowel emotionele als sociale eenzaamheid in vergelijking met ouderen zonder kanker. Na één jaar konden geen verschillen meer aangetoond worden tussen beide groepen. In zekere zin had kanker dus een duidelijke invloed op eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten, waarbij rond de diagnose eenzaamheid minder voorkwam in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder kanker. Nadien steeg de prevalentie van eenzaamheid echter naar een niveau dat vergelijkbaar was aan dat van leeftijdsgenoten. Verdere opvolging moet uitwijzen of net deze stijging in eenzaamheid consequenties heeft voor andere psychosociale problemen zoals depressie.

De belangrijkste factoren die de kans op emotionele eenzaamheid voorspelden waren het reeds aanwezig zijn van emotionele eenzaamheid, vermoeidheid en last van andere problemen. De belangrijkste factoren die de kans op sociale eenzaamheid voorspelden waren het reeds aanwezig zijn van sociale en/of emotionele eenzaamheid.

4.3 DISTRESS

ACHTERGROND

“Distress” is moeilijk te vertalen naar het Nederlands. In de Van Dale wordt distress vertaald als leed, smart, angst, pijn, verdriet, zorg of droefheid. Al deze termen zijn onzes inziens echter onderdelen van distress. Daarom hebben we ervoor gekozen om de Engelse term te gebruiken en de definitie van het National Comprehensive Cancer Network (NCCN) in het achterhoofd te houden [48]:

Distress is een multifactoriële, onplezierige emotionele ervaring van psychologische (cognitieve, gedragsmatige, emotionele), sociale en/of spirituele aard die kan interfereren met de mogelijkheden om effectief met kanker om te gaan. Distress kan gesitueerd worden op een continuüm gaande van vaak voorkomende normale gevoelens van kwetsbaarheid, droefheid en angst tot problemen die invaliderend kunnen zijn zoals depressie, angststoornis, paniek, sociale isolatie en existentiële en spirituele crisis.

De aanwezigheid van distress wordt geassocieerd met slechte therapietrouw [60], verminderde levenskwaliteit, verminderde tevredenheid over medische behandelingen en mogelijk een verminderde overleving [34, 61]. Tijdig opsporen van distress kan bijgevolg bijdragen aan verbeterde therapietrouw, betere communicatie met de patiënt en vermijden dat ernstigere problemen ontstaan zoals depressie. Wat men echter nog niet weet is in welke mate oudere kankerpatiënten last hebben van distress, welke de belangrijkste klachten zijn en welke factoren bepalend zijn voor distress. Daarbij stellen we ons ook de vraag of distress meer of minder voorkomt bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten of met hun leeftijdsgenoten zonder kanker?

INSTRUMENT: DE DISTRESS BAROMETER

De ‘Distress Barometer’ werd ontwikkeld en gevalideerd met als doel de communicatie over distress-beleving tussen arts en patiënt te stimuleren en te optimaliseren [15].

De Distress Barometer is een combinatie van

- de Distress Thermometer
- de Coloured Complaint Scale
- de wens om al dan niet over deze klachten te spreken en de nood aan bijkomende medische informatie en/of meer professionele ondersteuning

De Distress Thermometer (“Hoe lastig was de voorbije week voor u?”):

- 11-punten Likertschaal
- Range 0 – 10, hoe hoger de score hoe meer distress
- Afkappunt voor distress: ≥ 4

- Onderzoek heeft aangetoond dat de Distress Thermometer met afkappunt ≥ 4 een sensitiviteit heeft van 0.79 en een specificiteit van 0.81 ten opzichte van de Hospital Anxiety Depression Scale [15]

De Coloured Complaint Scale

- Bestaat uit 10 klachten
- Gescoord op een 5 - puntenschaal (helemaal niet, een beetje, nogal, veel, erg veel)
- Ontwikkeld om de specificiteit van het screenen naar distress te verbeteren zonder de sensitiviteit van de Distress Thermometer te verminderen
- Aan de hand van de Coloured Complaint Scale kunnen de aard en de ernst van de klachten van de kankerpatiënt geïdentificeerd worden.

De Distress Barometer behoorde tot een selectie van screeningsinstrumenten. Om de patiënten niet al te erg te belasten werden de screeningsinstrumenten niet bevroegd op T1. Er waren ook geen baseline gegevens over distress beschikbaar voor de patiënten uit het UZ Leuven.

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN DISTRESS BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONEEL: PREVALENTIE VAN DISTRESS OP T0 EN T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

De prevalentie van distress werd berekend op volgende aantallen

- T0 – baseline: 131 oudere kankerpatiënten
- T2 – na één jaar: 56 oudere kankerpatiënten

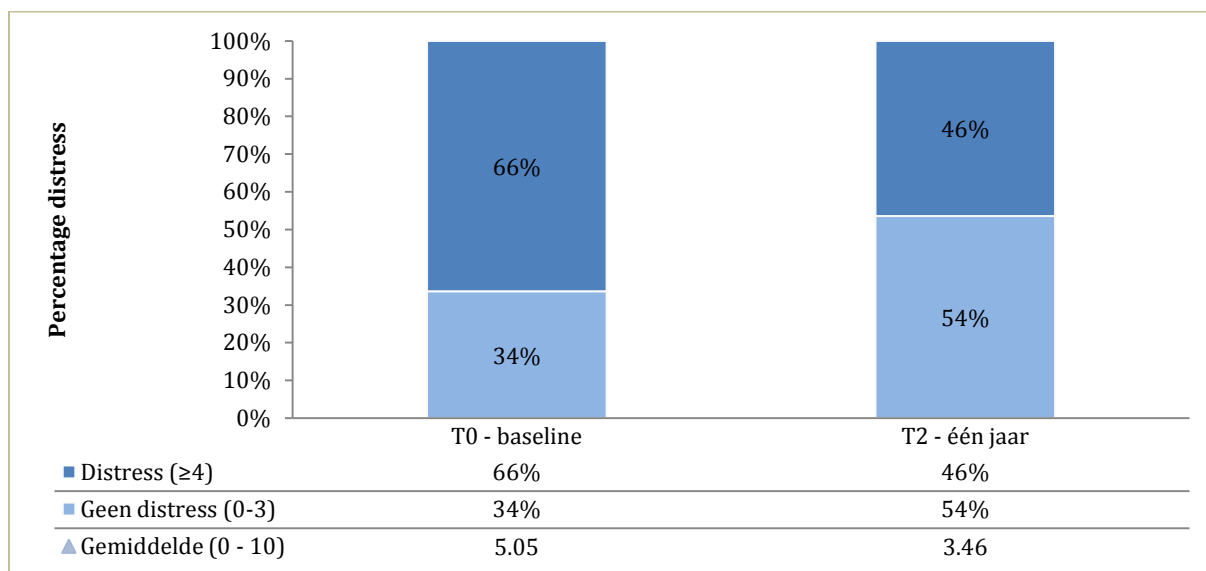
Distress was een zeer frequent probleem bij oudere kankerpatiënten. Bij de diagnose had 66% van de oudere kankerpatiënten last van distress. Gelukkig zakte dit percentage naar 46% één jaar later (zie Figuur 17). 46% van de patiënten met distress na één jaar blijft toch nog erg veel.

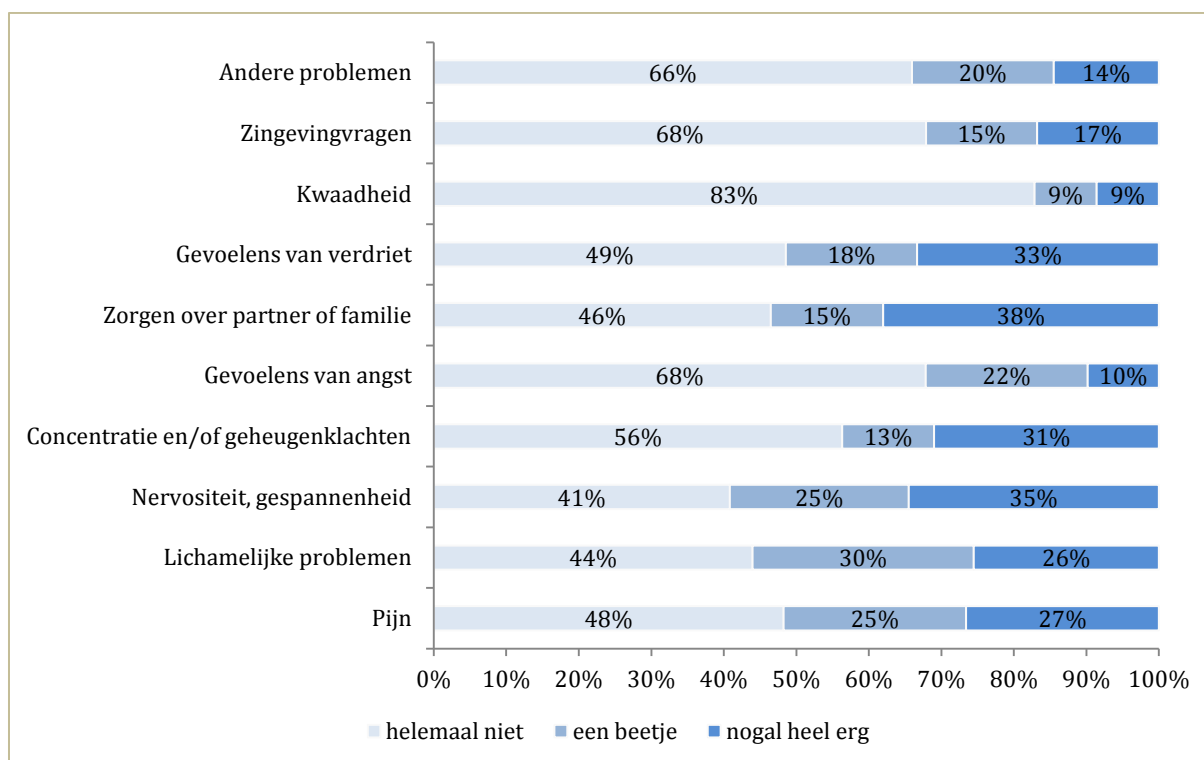
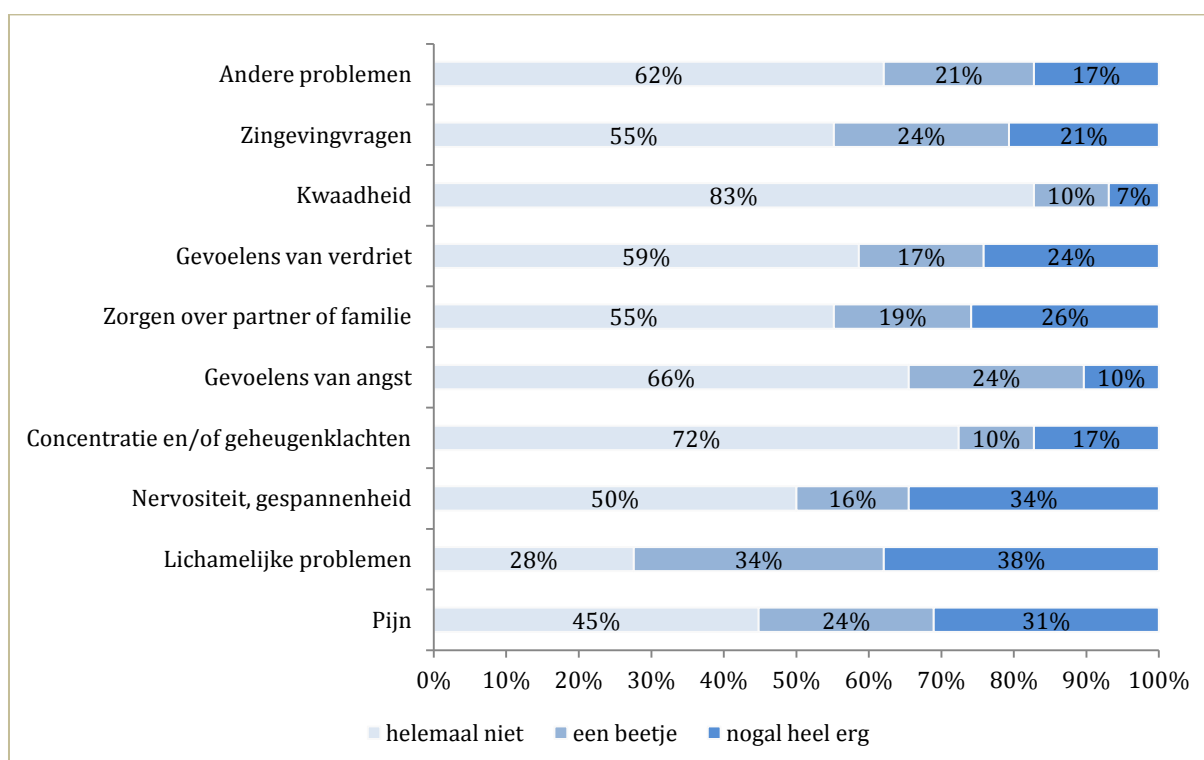
De meest voorkomende klachten bleven ongeveer gelijk tussen baseline en één jaar (zie Figuur 18 en Figuur 19). Meer dan een kwart van de oudere kankerpatiënten had rond het moment van de diagnose last van gevoelens van verdriet, zorgen over partner of familie, concentratie en/of geheugenklachten, nervositeit/gespannenheid, lichamelijke klachten en pijn. Na één jaar waren last van gevoelens van verdriet, zorgen over partner of familie, nervositeit/gespannenheid, lichamelijke klachten en pijn nog steeds bij ongeveer een kwart van de oudere kankerpatiënten aanwezig. Enkel last van concentratie en/of geheugenklachten daalde van 31% naar 17%.

Niet veel oudere kankerpatiënten uitten de wens om over deze klachten te spreken. Slecht 8 van de 131 oudere kankerpatiënten (6%) gaven aan dat zij de behoefte hadden om met iemand te spreken. Zes personen wilden graag met een arts spreken (5%), één met een verpleegkundige (1%) en één met iemand anders (1%). Één jaar later gaven zes van de 56 oudere kankerpatiënten (11%) aan dat zij graag met iemand wilden spreken over hun zorgen, problemen. Drie personen wilden een arts spreken (5%), één

een verpleegkundige (2%) en twee iemand anders (4%). In dezelfde lijn gaven 18 oudere kankerpatiënten aan dat zij behoefte hadden aan meer medische informatie (14%); één jaar later waren dit er slechts vijf (9%) en 13 oudere kankerpatiënten gaven aan dat zij meer behoefte hadden aan ondersteuning (10%), één jaar later waren dit er slechts drie (5%).

Figuur 17. Distress (≥ 4) bij oudere kankerpatiënten op T0 en T2



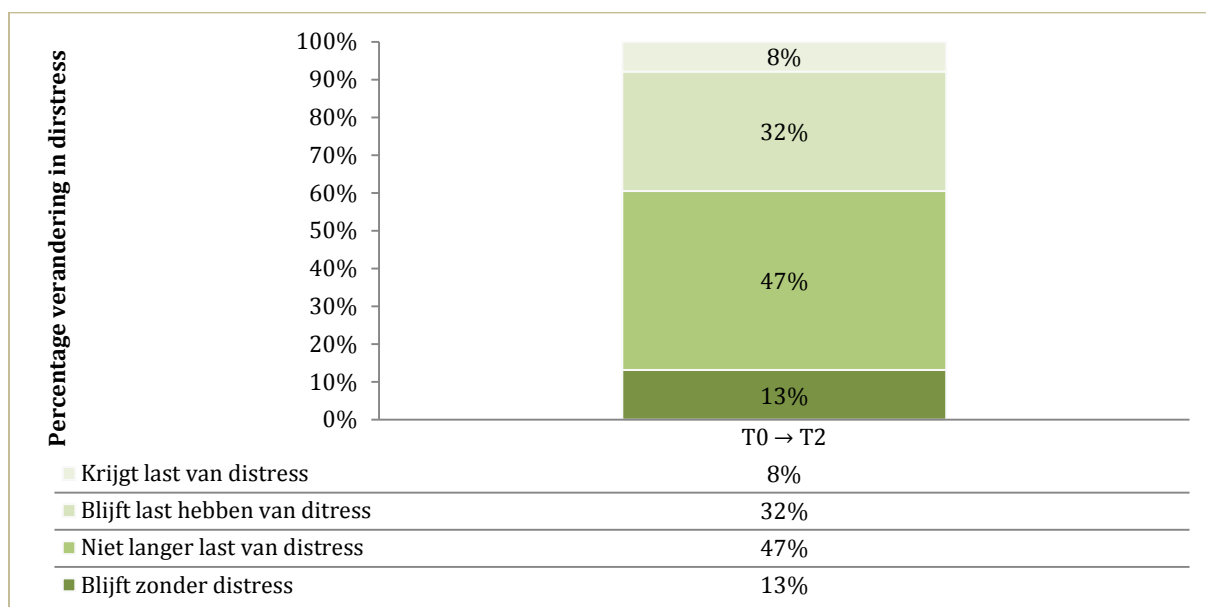
Figuur 18. Klachten op T0 bij oudere kankerpatiënten**Figuur 19. Klachten op T2 bij oudere kankerpatiënten**

LONGITUDINAAL: VERANDERING IN DISTRESS VAN T0 → T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

Verandering in distress kon enkel berekend worden voor patiënten met gegevens op T0 en T2, dit waren slecht 38 oudere kankerpatiënten.

Cross-sectioneel zagen we dat de prevalentie van distress verminderde, maar dat nog steeds 46% van de oudere kankerpatiënten last had van distress. Ook longitudinaal zagen we dat 47% niet langer last had van distress, maar dat 32% last bleef hebben van distress en dat 8% geen last had van distress op T0, maar wel op T1 (zie Figuur 20). De daling in distress tussen T0 en T2 was wel significant ($p = 0.00$).

Figuur 20. Verandering in distress van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten



DOELSTELLING 2. DE INVLOED VAN VEROUDERING, VAN DE KANKERDIAGNOSE EN -BEHANDELING EN VAN DE INTERACTIE TUSSEN BEIDE OP HET VOORKOMEN VAN DISTRESS BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONNEEL: PREVALENTIE VAN DISTRESS OP T0 EN T2

We zagen onder doelstelling 1 dat op T0 66% van de oudere kankerpatiënten last had van distress en dat op T2 nog steeds 46% last had van distress. We weten echter niet of dit veel is in vergelijking met ouderen zonder kanker of in vergelijking met jongere kankerpatiënten. Daarom bestudeerden we distress ook in ouderen zonder kanker en jongere kankerpatiënten.

De prevalentie van distress werd berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 - baseline	265	131	264
T2 - één jaar	99	56	96

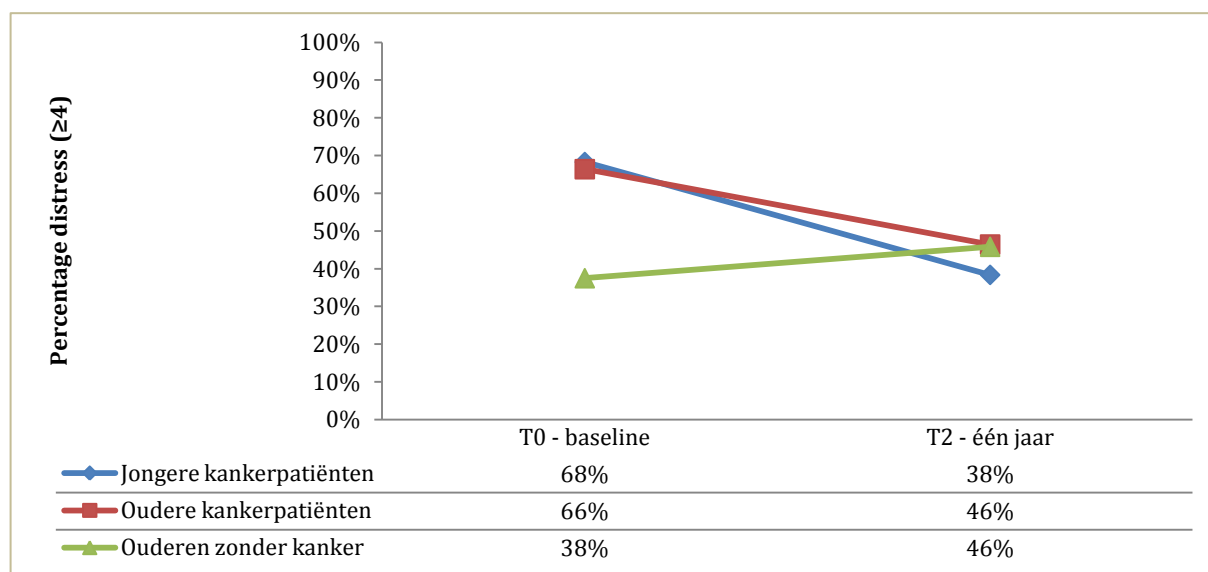
Ook bij jongere kankerpatiënten had 68% last van distress op baseline en 38% na één jaar. Dit was zeer vergelijkbaar met de proportie oudere kankerpatiënten die last had van distress (zie Figuur 21). De verschillen tussen oudere en jongere kankerpatiënten waren dan ook niet significant (zie Tabel 18) en de hoge prevalentie van distress op T0 werd dus niet verklaard door leeftijd.

De proportie ouderen zonder kanker met distress op T0 was beduidend lager in vergelijking met oudere kankerpatiënten, respectievelijk 38% en 66%. Dit verschil was ook statistisch significant, met andere woorden op baseline had de diagnose van kanker een significante invloed op het voorkomen van distress. Na één jaar was dit verschil echter verdwenen en was de prevalentie van distress 46% bij zowel ouderen met als zonder kanker.

Deze resultaten zijn in overeenstemming met andere studies die bij kankerpatiënten van alle leeftijden een distress-score ≥ 4 rapporteerden bij 43% tot 67% van patiënten met kanker [15, 62-64]. Studies bij ouderen zonder kanker toonden een prevalentie van distress tussen de 27% en 48% [65].

Tabel 18. De kans op distress (≥ 4) bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker

	Effect van veroudering Jongere kankerpatiënten			Effect van kanker Ouderen zonder kanker	
	OR	95% BI		OR	95% BI
Distress op T0	1.09	(0.70 - 1.70)	REFERENTIE	0.30	(0.20 - 0.47)
Distress op T2	0.72	(0.37 - 1.40)	Oudere kankerpatiënten	0.98	(0.50 - 1.89)

Figuur 21. Distress (≥ 4) op T0 en T2

De verschillende klachten voor de drie groepen werden weergegeven in Appendix 6, we beschrijven hier de meest voorkomende klachten.

Op baseline had meer dan een kwart van zowel de oudere als jongere kankerpatiënten als ouderen zonder kanker last van gevoelens van verdriet (respectievelijk 33%, 30% en 27%), zorgen over partner of familie (respectievelijk 38%, 42% en 32%), nervositeit of gespannenheid (respectievelijk 35%, 39% en 30%), pijn (respectievelijk 27%, 25% en 38%) en lichamelijke problemen (respectievelijk 26%, 24% en 31%). De oudere en jongere kankerpatiënten hadden op baseline eveneens veel last van concentratie en/of geheugenklachten (respectievelijk 31% en 29%), ten opzichte van slecht 12% bij ouderen zonder kanker. Één jaar later had meer dan een kwart van de oudere kankerpatiënten, jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker nog steeds last van zorgen over partner of familie (respectievelijk 26%, 30% en 30%), nervositeit of gespannenheid (respectievelijk 34%, 29% en 27%), pijn (respectievelijk 31%, 38% en 38%) en lichamelijke problemen (respectievelijk 38%, 35% en 24%). De proportie personen die last had van gevoelens van verdriet daalde sterk bij de jongere kankerpatiënten (van 30% op T0 tot 12% op T2). Bij de ouderen met en zonder kanker bleef de proportie personen met last van gevoelens van verdriet echter hoog (24% van de oudere kankerpatiënten en 18% van de ouderen zonder kanker). Voor de kankerpatiënten daalde tevens de proportie personen die last hadden van concentratie en/of geheugenklachten van 31% tot 17% bij oudere kankerpatiënten en van 29% tot 12% bij jongere kankerpatiënten.

Het aantal personen dat aangaf de behoefte te hebben om met iemand te spreken over zijn/haar problemen was niet verschillend binnen de drie groepen (zie Appendix 6), alsook het aantal mensen dat nood had aan medische informatie en/of ondersteuning.

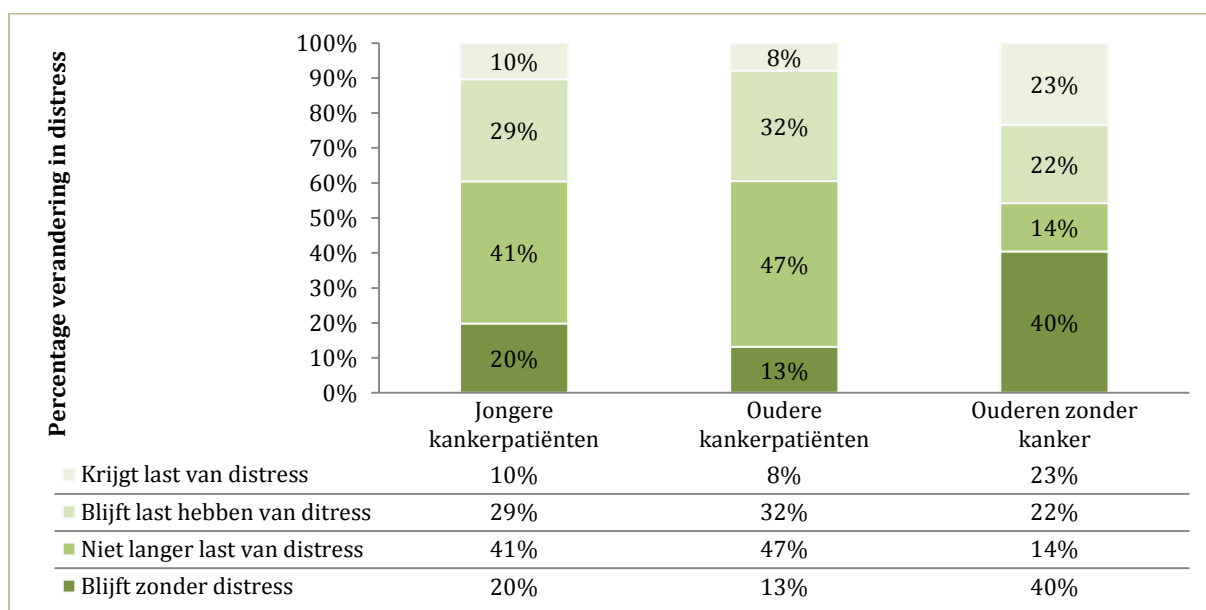
LONGITUDINAAL: VERANDERING IN DISTRESS VAN T0 → T2

Verandering van distress van T0 naar T2 werd berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 – 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 → T2	96	38	94

Bij oudere kankerpatiënten zagen we longitudinaal dat 47% niet langer last had van distress, maar dat 32% last bleef hebben van distress. Als we jongere en oudere kankerpatiënten met elkaar vergeleken dan zagen we bijna geen verschil in de proportie patiënten die zonder distress bleef, die last bleef hebben van distress, die last kreeg van distress of die niet langer last had van distress (zie Figuur 22). Ouderen met en zonder kanker verschilden wel, zoals we al konden verwachten uit de cross-sectionele analyses. Er was minder verbetering in distress bij ouderen zonder kanker ten opzichte van oudere kankerpatiënten. Dit is ook logisch omdat oudere kankerpatiënten op T0 beduidend meer last van distress hadden en er bijgevolg ook meer ruimte voor verbetering was. In dezelfde lijn zagen we bij ouderen zonder kanker dat de proportie personen die last kreeg van distress groter was in vergelijking met oudere kankerpatiënten

Figuur 22. Verandering in distress van T0 → T2



LONGITUDINAAL: VOORSPELLERS VOOR HET ONTSTAAN VAN DISTRESS OP T2

Zoals hierboven al aangehaald, wordt aanwezigheid van distress geassocieerd met slechte therapietrouw, verminderde levenskwaliteit, verminderde tevredenheid over medische behandelingen en mogelijk een verminderde overleving [34, 60, 61]. Net als andere psychosociale problemen zoals depressie en eenzaamheid is het ook wenselijk om distress te vermijden. Gelukkig zagen we voor een groot deel van de kankerpatiënten dat de mate van distress verminderde doorheen de tijd. Toch had bijvoorbeeld 8% van de oudere kankerpatiënten geen last van distress rond de diagnose, maar wel één jaar later. Daarom is het belangrijk inzicht te krijgen welke factoren rond het moment van de diagnose de kans op distress één jaar later vergroten of verminderen.

Uit multivariate analyses bleek dat de kans op distress voorspeld werd door last van pijn op T0. Een score ≥ 4 op een VAS-schaal van 0 – 10 was geassocieerd met een grotere kans op distress één jaar later. Verder was knijpkracht beschermend, hoe hoger de knijpkracht hoe kleiner de kans op distress.

Tabel 19. Kenmerken op T0 die distress op T2 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Distress op T2	91	54%		
Geen distress op T2	76	46%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	21	13%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	57	34%	1.74	(0.54 - 5.64)
- Ouderen zonder kanker	89	53%	0.85	(0.27 - 2.68)
Geslacht				
- Man	63	38%	1	Referentie
- Vrouw	104	62%	0.44	(0.17 - 1.13)
Distress op T0 (Hoe lastig was de voorbij week voor u?)				
- 0 - 3	84	50%	1	Referentie
- ≥ 4	83	50%	1.38	(0.66 - 2.88)
Pijn op T0				
- 0 - 3	102	61%	1	Referentie
- ≥ 4	65	39%	5.82	(2.70 - 12.53)
Knijpkracht op T0 (in kg)				
- Gemiddelde (SD)	24.62	(10.18)	0.93	(0.88 - 0.98)

CONCLUSIE DISTRESS

Een diagnose van kanker had zoals verwacht een enorme impact op het optreden van distress bij oudere kankerpatiënten; 66% van de oudere kankerpatiënten had last van distress rond het moment van de diagnose. Dit percentage daalde gelukkig doorheen de tijd, maar één jaar later had nog steeds 46% van de oudere kankerpatiënten last van distress.

Distress was geassocieerd met kanker. Voor oudere kankerpatiënten en jongere kankerpatiënten was de prevalentie van distress vergelijkbaar, terwijl distress maar half zoveel voorkwam bij ouderen zonder kanker. Één jaar later konden geen verschillen in distress meer aangetoond worden tussen oudere met en zonder kanker (beide 46% last van distress).

Pijn en knijpkracht waren de enige factoren die de kans op distress één jaar later voorspelden. Een score van 4 of meer voor pijn ging samen met een hogere kans op distress en een hogere score op knijpkracht ging samen met een kleinere kans op distress.

4.4 KWALITEIT VAN LEVEN

ACHTERGROND

Zoals aan het begin van het rapport aangegeven wordt traditiegetrouw de effectiviteit van een behandeling geëvalueerd aan de hand van overleving. Bij oudere kankerpatiënten zijn andere uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven waarschijnlijk minstens even relevant [1].

Meer en meer studies gebruiken kwaliteit van leven als een secundaire uitkomstmaat [66-71]. Desondanks blijft er nog heel wat onduidelijkheid. Sommige studies rapporteren dat de kwaliteit van leven vergelijkbaar is bij jongere en oudere kankerpatiënten [72-74], anderen rapporteren dat de kwaliteit van leven slechter is bij oudere kankerpatiënten [75-77] of net beter [78].

Als we kwaliteit van leven als doel voor ogen hebben dan moeten we eerst begrijpen hoe kwaliteit van leven evolueert en welke factoren kwaliteit van leven beïnvloeden. Daarom willen we onderzoeken wat de impact is van een diagnose en behandeling van kanker op de kwaliteit van leven van oudere kankerpatiënten en dit vergelijken met jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker.

INSTRUMENT: EORTC QLQ-C30 VERSIE 3

Dit instrument werd ontwikkeld specifiek voor kankerpatiënten en laat de patiënten toe om hun eigen niveau van functioneren te evalueren over de verschillende gebieden van levenskwaliteit. Het instrument bestaat uit 30 items welke overeenstemmen met 9 subschalen: 5 functionele schalen, 3 symptoom schalen, 6 single item schalen en een algemene schaal over de kwaliteit van leven en de gezondheidstoestand.

Hier rapporteren we enkel over de algemene kwaliteit van leven en gezondheidstoestand (verder globale kwaliteit van leven genoemd). Globale kwaliteit van leven werd gemeten aan de hand van twee Likert schalen van 1 – 7 die iemands perceptie bevragen over gezondheid en kwaliteit van leven van de afgelopen week.

Globale kwaliteit van leven werd aan de hand van de EORTC handleiding omgerekend naar een score van 0 – 100. Een hoge score op de globale kwaliteit van leven schaal impliceert een betere kwaliteit van leven [79]. De subschaal globale kwaliteit van leven heeft een aangetoonde betrouwbaarheid met Cronbach's alfa tussen 0.82 en 0.89 [80].

Zoals beschreven door Osoba et al. zullen we verandering in kwaliteit van leven definiëren als volgt [81]:

- Geen verandering: een verschil <5 punten
- Weinig verandering: 5 – 9 punten verschil
- Matige verandering: 10 – 19 punten verschil
- Sterke verandering: ≥ 20 punten verschil

Voor oudere kankerpatiënten van het UZ Leuven zijn er geen gegevens beschikbaar voor kwaliteit van leven op T0 (zie methoden).

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN KWALITEIT VAN LEVEN BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

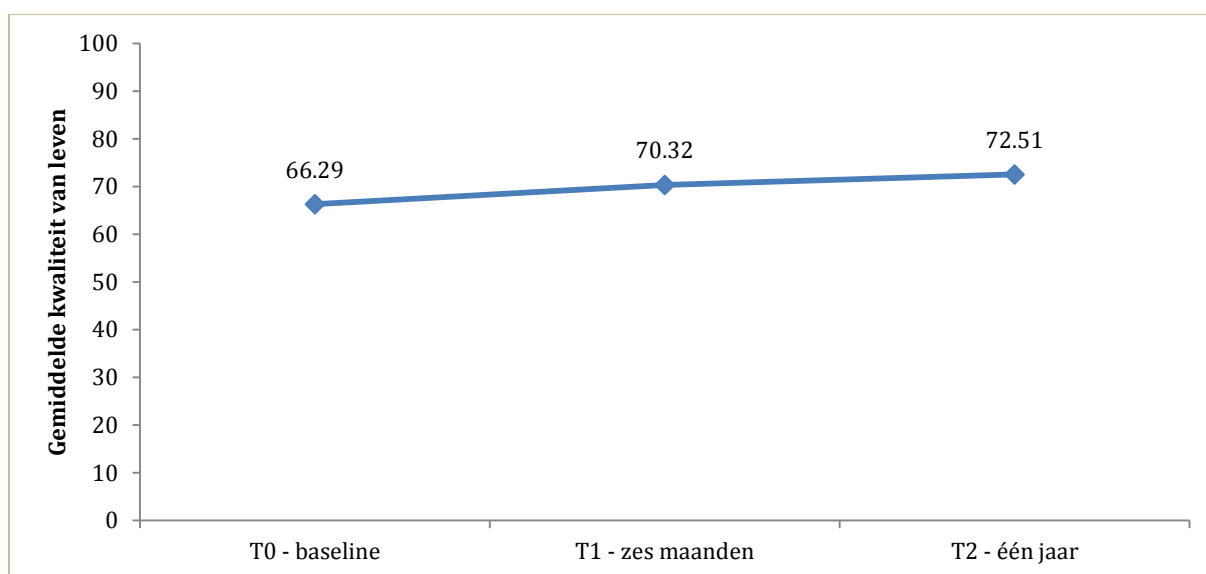
CROSS-SECTIONEEL: KWALITEIT VAN LEVEN OP T0, T1 EN T2

Kwaliteit van leven werd berekend op volgende aantallen

- T0 – baseline: 132 oudere kankerpatiënten
- T1 – na zes maanden: 105 oudere kankerpatiënten
- T2 – na één jaar: 57 oudere kankerpatiënten

De gemiddelde kwaliteit van leven steeg doorheen de tijd van een gemiddelde score van 66.3 op T0 tot 72.5 op T2 (zie Figuur 23). De hier gerapporteerde score voor kwaliteit van leven was hoger dan de referentiewaarde van 60.6 voor kankerpatiënten ≥ 70 jaar gerapporteerd in de EORTC handleiding. Een vergelijkbare prospectieve studie bij oudere kankerpatiënten toonde op baseline, eveneens ten tijde van de diagnose van kanker, een gemiddelde score voor globale kwaliteit van leven van 66.7 en een score van 75.0 een jaar later [82].

Figuur 23. Kwaliteit van leven bij oudere kankerpatiënten op T0, T1 en T2



LONGITUDINAAL: VERANDERING IN KWALITEIT VAN LEVEN VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2

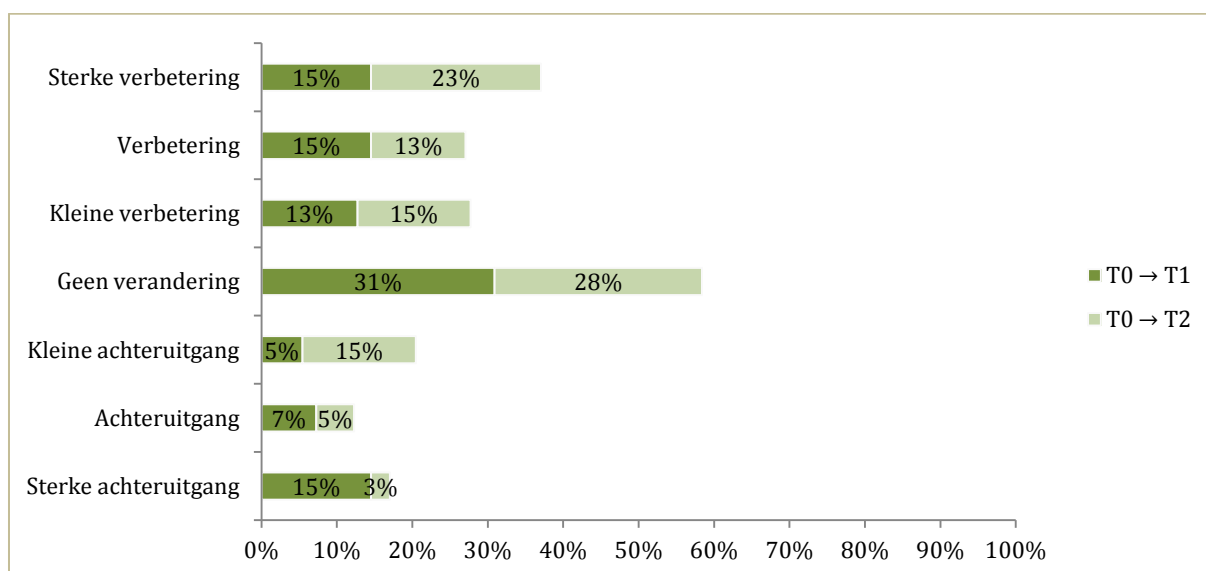
Verandering in kwaliteit van leven kon enkel berekend worden voor personen van wie we gegevens hadden op de twee tijdstippen. Voor de verandering van T0 naar T1 hadden we gegevens van 55 patiënten en van 40 patiënten voor de verandering van T0 naar T2.

Voor het merendeel van de oudere kankerpatiënten bleef de kwaliteit van leven onveranderd (minder dan 5 punten verschil) (zie Figuur 24). Over de tijdsperiode van T0 naar T2 was er een kleine achteruitgang (5 – 9 punten verschil) in kwaliteit van leven voor 15% van de oudere kankerpatiënten, maar voor een even groot percentage was er ook een kleine vooruitgang. Daarenboven was er voor 23% een sterke

verbetering (≥ 20 punten verschil). Dit was niet onverwacht gezien de significante stijging in gemiddelde kwaliteit van leven van T0 naar T2. Het verschil in gemiddelde kwaliteit van leven tussen T0 en T1 was niet significant ($p = 0.73$), maar het verschil in gemiddelde kwaliteit van leven tussen T0 en T2 was wel statistisch significant ($p = 0.01$).

De proportie patiënten met een verbeterde kwaliteit van leven (≥ 10 punten) bedroeg 36% en was vergelijkbaar met de gerapporteerde proportie van 33% van Puts et al. [82]. Het percentage patiënten met achteruitgang in onze studie (≥ 10 punten) was wel beduidend lager in vergelijking met de studie van Puts et al.; respectievelijk 8% en 23% achteruitgang. Ook een Scandinavische studie toonde een achteruitgang (≥ 10 punten) bij 30% van de oudere kankerpatiënten tussen moment van diagnose en zes maanden later ten opzichte van 22% in onze studie [83].

Figuur 24. Verandering in kwaliteit van leven van T0 → T1 en van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten



DOELSTELLING 2. DE INVLOED VAN VEROUDERING, VAN DE KANKERDIAGNOSE EN -BEHANDELING EN VAN DE INTERACTIE TUSSEN BEIDE OP KWALITEIT VAN LEVEN BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONEEL: KWALITEIT VAN LEVEN OP T0, T1 EN T2

Zoals onder doelstelling 1 beschreven steeg de kwaliteit van leven bij oudere kankerpatiënten tussen T0 en T2 significant, maar is deze stijging “normaal”? Verloopt dit ook zo bij jongere kankerpatiënten? Of gaat dit ook zo bij ouderen zonder kanker? We zullen dit verder onderzoeken door ook de kwaliteit van leven bij jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker in kaart te brengen.

Kwaliteit van leven werd berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 - baseline	266	132	264
T1 - zes maanden	146	105	114
T2 - één jaar	101	57	97

Uit Figuur 25 kunnen we opmaken dat, net als voor depressie, kwaliteit van leven voor jongere kankerpatiënten een licht ander patroon toonde in vergelijking met oudere kankerpatiënten, waarbij de kwaliteit van leven daalde tussen T0 en T1 en dan weer steeg van T1 naar T2. De gemiddelde kwaliteit van leven voor jongere kankerpatiënten in deze studie was net als voor de oudere kankerpatiënten wat hoger dan de referentiewaarden uit de EORTC handleiding (61.2 voor patiënten tussen 50 – 59 jaar en 61.8 voor patiënten tussen 60 en 69 jaar). Zowel op baseline en één jaar later waren oudere en jongere kankerpatiënten niet verschillend wat betreft globale kwaliteit van leven, enkel op zes maanden was de kwaliteit van leven van jongere kankerpatiënten duidelijk slechter dan die van oudere kankerpatiënten (zie Tabel 20).

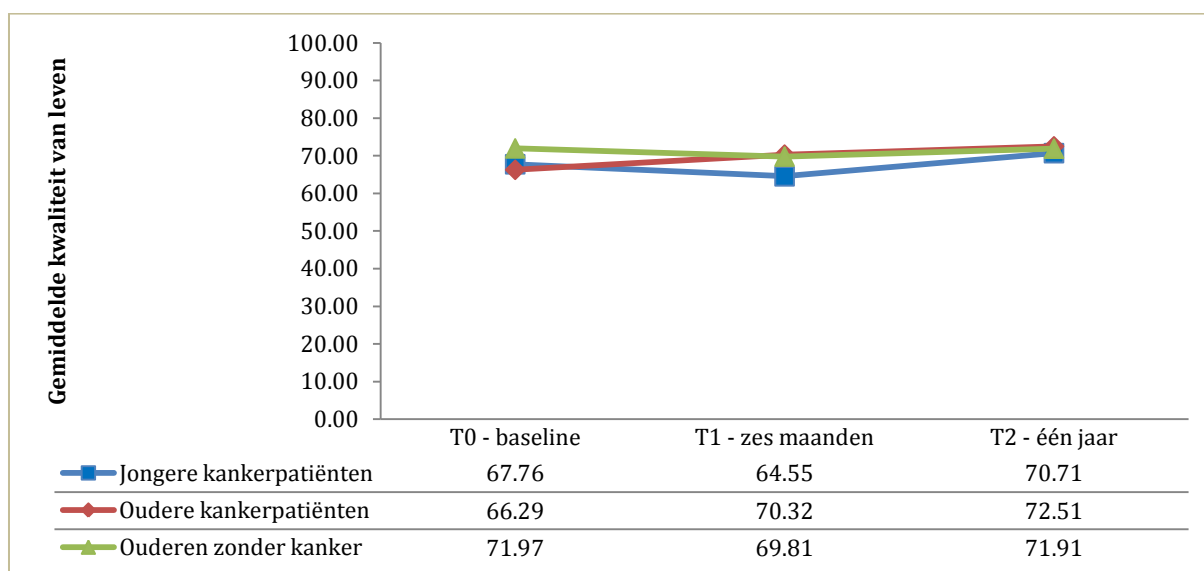
Voor ouderen zonder kanker zagen we net als voor depressie dat globale kwaliteit van leven constant bleef doorheen de tijd. Ouderen kankerpatiënten verschilden enkel van ouderen zonder kanker op T0, waarbij de kwaliteit van leven voor oudere kankerpatiënten significant lager was dan die van ouderen zonder kanker (zie Tabel 20).

Globaal genomen kunnen we dus stellen dat er op baseline een effect was van kanker, waarbij oudere kankerpatiënten een slechtere kwaliteit van leven hadden dan ouderen zonder kanker. Op zes maanden was er een effect van veroudering, waarbij jongere kankerpatiënten een slechtere kwaliteit van leven hadden dan oudere kankerpatiënten. Wellicht kan dit deels verklaard worden doordat jongere kankerpatiënten dikwijls meer en zwaardere behandeling krijgen. Zo kreeg bijvoorbeeld 56% van de jongere kankerpatiënten chemotherapie ten opzichte van 37% van de oudere kankerpatiënten (zie Tabel 3).

Een Duitse studie vergeleek eveneens oudere kankerpatiënten met jongere kankerpatiënten en met ouderen zonder kanker [73]. De vragenlijst die peilt naar kwaliteit van leven werd echter afgenomen bij opname voor chemotherapie of voor ouderen zonder kanker bij opname voor een niet-kanker gerelateerde aandoening. Dit kan verklaren waarom de gemiddelde scores voor kwaliteit van leven in

deze studie zo laag zijn, respectievelijk 51.8, 53.0 en 53.5 voor oudere kankerpatiënten, jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker. Zij toonden aan dat er voor kwaliteit van leven geen verschil was tussen oudere en jongere kankerpatiënten of tussen ouderen met of zonder kanker.

Figuur 25. Kwaliteit van leven op T0, T1 en T2



Tabel 20. Verschil in gemiddelde kwaliteit van leven bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker

	Effect van veroudering		REFERENTIE	Effect van kanker	
	Gemiddelde	P-waarde	Oudere kankerpatiënten	Ouderen zonder kanker	Gemiddelde
Kwaliteit van leven op T0	67.76	0.47	66.29	0.01	71.97
Kwaliteit van leven op T1	64.55	0.01	70.32	0.84	69.81
Kwaliteit van leven op T2	70.71	0.51	72.51	0.82	71.91

LONGITUDINAAL: VERANDERING IN KWALITEIT VAN LEVEN VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2

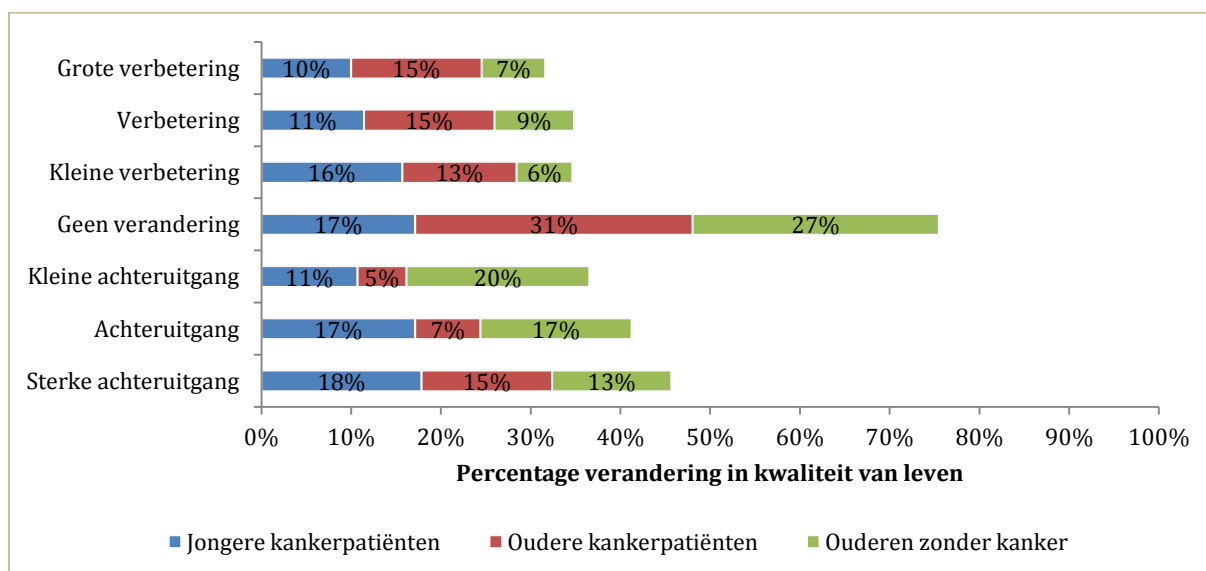
Verandering van kwaliteit van leven van T0 naar T1 en van T0 naar T2 werd berekend op volgende aantallen:

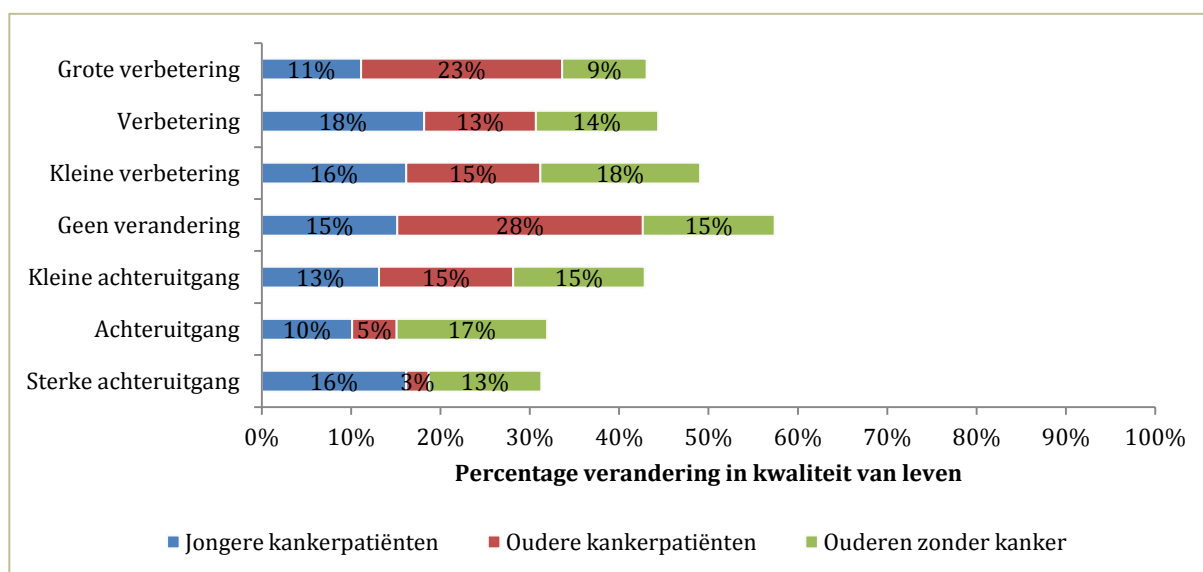
	Jongere kankerpatiënten (50 – 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 → T1	140	55	113
T0 → T2	99	40	95

Onder doelstelling 1 zagen we dat tussen T0 en T1 de kwaliteit van leven voor 22% van de oudere kankerpatiënten achteruitging (≥10 punten verschil), waarvan 15% sterk achteruitging (≥20 punten verschil). Tussen T0 en T2 ging “maar” 8% van de oudere kankerpatiënten achteruit wat betreft kwaliteit van leven. Zoals we konden verwachten uit de cross-sectionele analyses was de proportie jongere kankerpatiënten die achteruitging tussen T0 en T1 groter voor jongere kankerpatiënten (35%) in vergelijking met oudere kankerpatiënten (22%).

Binnen de groep jongere kankerpatiënten waren de verschillen tussen T0 en T1 en T0 en T2 niet significant. Bij ouderen zonder kanker toonden statistische analyses een significant verschil tussen kwaliteit van leven op T0 en T1 bij oudere kankerpatiënten ($p = 0.00$). Dit verschil heeft echter geen betekenis aangezien in absolute waarde het verschil in kwaliteit van leven slechts 2.16 punten bedroeg. Zoals hierboven aangegeven werd een verschil <5 punten beschouwd als geen verandering.

Figuur 26. Verandering in kwaliteit van leven van T0 → T1



Figuur 27. Verandering in kwaliteit van leven van T0 → T2

LONGITUDINAAL: VOORSPELLERS VAN VOOR- EN ACHTERUITGANG IN KWALITEIT VAN LEVEN OP T1 EN T2

Als derde stap willen we onderzoeken welke kenmerken op baseline achteruitgang of vooruitgang in kwaliteit van leven kunnen voorspellen. Omdat achteruitgang en vooruitgang twee verschillende uitkomsten zijn hebben we ervoor gekozen om apart de voorspellers van achteruitgang en vooruitgang in kaart te brengen met de groep zonder verandering als referentie. In overeenstemming met de beschrijving van Osoba et al. [81] en ook met de studie van Puts et al. [82] werd voor- en achteruitgang gedefinieerd als een verschil ≥ 10 punten, geen verandering werd gedefinieerd als een verschil < 10 punten.

Achteruitgang in kwaliteit van leven

Baseline kenmerken die achteruitgang in kwaliteit van leven na zes maanden voorspelden waren leeftijd, kwaliteit van leven op T0, de leeftijd waarop iemand van school ging, aantal dagelijkse medicijnen en last van pijn.

Dit wil zeggen dat jongere kankerpatiënten een grotere kans op achteruitgang in kwaliteit van leven hadden in vergelijking met oudere kankerpatiënten. Verder bleek hoe hoger de leeftijd waarop iemand stopte met studeren, hoe kleiner de kans op achteruitgang in kwaliteit van leven. Dit is opvallend, want voor jongere kankerpatiënten, die in vergelijking met ouderen vaak langer naar school gingen, was de kans op achteruitgang in kwaliteit van leven groter. Gecontroleerd voor leeftijd had opleidingsniveau dus een significante voorspellende waarde voor achteruitgang in kwaliteit van leven. Ook zagen we hoe meer dagelijkse medicijnen iemand gebruikte en hoe meer last van pijn, hoe groter dan kans op achteruitgang in kwaliteit van leven. Ook de kwaliteit van leven op baseline voorspelde de kans op achteruitgang. Hoe lager de kwaliteit van leven was op baseline, hoe kleiner de kans was op achteruitgang in kwaliteit van leven. Op het eerste zicht lijkt dit misschien wat tegenstrijdig, maar dit is waarschijnlijk te verklaren door een vloereffect, waarbij patiënten met een erg lage kwaliteit van leven niet verder achteruit “kunnen” gaan.

De kenmerken die achteruitgang op T2 voorspelden waren verschillend van de bovengenoemde kenmerken, behalve leeftijd: jongere kankerpatiënten hadden nog steeds een grotere kans op achteruitgang in kwaliteit van leven. Hoewel dit niet uit de dichotome analyses bleek, was de kans op achteruitgang in kwaliteit van leven ook groter voor ouderen zonder kanker in vergelijking met oudere kankerpatiënten. Dit kan wellicht verklaard worden doordat de kwaliteit van leven voor oudere kankerpatiënten op baseline lager was dan die van ouderen zonder kanker, dus ook een vloereffect. Verder was de kans op achteruitgang in kwaliteit van leven groter voor mensen die last hadden van zingevingvragen en kleiner voor mensen die vermagerd waren. Het al dan niet vermagerd zijn betreft de vraag “Bent u de afgelopen drie maanden meer dan drie kg vermagerd?” Het gemiddelde gewichtsverlies bedroeg 5 kg bij oudere kankerpatiënten, 6 kg bij jongere kankerpatiënten en 4 kg bij ouderen zonder kanker. Uit de eigenschappen van de populatie bleek bovendien dat de proportie mensen met overgewicht tussen de 46% en 49% lag (zie Tabel 3). Wellicht werd gewichtsverlies door het merendeel van de mensen niet als negatief ervaren.

Tabel 21. Kenmerken op T0 die de kans op verslechtering in kwaliteit van leven tussen T0 en T1 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Kwaliteit van leven onveranderd	104	54%		
Kwaliteit van leven verslechtert	87	46%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	29	15%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	82	43%	3.78	(1.38 - 10.38)
- Ouderen zonder kanker	80	42%	0.47	(0.16 - 1.32)
Geslacht				
- Man	61	32%	1	Referentie
- Vrouw	130	68%	0.59	(0.29 - 1.23)
Kwaliteit van leven op T0				
- >75	97	51%	1	Referentie
- 51 - 75	71	37%	0.42	(0.20 - 0.89)
- 0 - 50	23	12%	0.11	(0.03 - 0.39)
Leeftijd van school				
- ≤14 jaar	50	26%	1	Referentie
- 15 - 18 jaar	79	41%	0.38	(0.17 - 0.87)
- ≥19 jaar	62	32%	0.18	(0.07 - 0.48)
Aantal medicijnen				
- 0 - 1	59	31%	1	Referentie
- 2 - 4	70	37%	3.26	(1.40 - 7.59)
- ≥5	62	32%	3.31	(1.28 - 8.58)
Last van pijn				
- Helemaal niet	95	50%	1	Referentie
- Een beetje	44	23%	0.88	(0.38 - 2.05)
- Nogal, veel, erg veel	52	27%	2.80	(1.12 - 6.96)

Tabel 22. Kenmerken op T0 die de kans op verslechtering in kwaliteit van leven tussen T0 en T2 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Kwaliteit van leven onveranderd	67	55%		
Kwaliteit van leven verslechtert	55	45%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	18	15%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	52	43%	9.71	(2.18 - 43.17)
- Ouderen zonder kanker	52	43%	5.04	(1.17 - 21.80)
Geslacht				
- Man	40	33%	1	Referentie
- Vrouw	82	67%	0.73	(0.30 - 1.79)
Kwaliteit van leven op T0				
- >75	74	61%	1	Referentie
- 51 - 75	37	30%	0.41	(0.16 - 1.06)
- 0 - 50	7	6%	1.16	(0.19 - 6.93)
Vermagerd				
- nee	82	67%	1	Referentie
- ja	40	33%	0.34	(0.13 - 0.92)
Last van zingevingvragen				
- Helemaal niet	85	70%	1	Referentie
- Een beetje	14	11%	1.14	(0.31 - 4.22)
- Nogal, veel, erg veel	23	19%	9.23	(2.60 - 32.75)

Verbetering in kwaliteit van leven

Verbetering in kwaliteit van leven na zes maanden werd voorspeld door een lage kwaliteit van leven op baseline, verder ging het gebruiken van de palliatieve copingstijl samen met een kleinere kans op vooruitgang in kwaliteit van leven (zie Tabel 23). Dat copingstijl geassocieerd is met kwaliteit van leven werd ook al in andere studies bij kankerpatiënten aangetoond [84, 85].

Vooruitgang in kwaliteit van leven na één jaar werd eveneens voorspeld door een lage kwaliteit van leven op baseline en distress, gemeten door de vraag "hoe lastig was de voorbij week voor u?"

Tabel 23. Kenmerken op T0 die de kans op verbetering in kwaliteit van leven tussen T0 en T1 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Kwaliteit van leven onveranderd	89	64%		
Kwaliteit van leven verbeterd	50	36%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	26	19%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	67	48%	0.73	(0.25 - 2.17)
- Ouderen zonder kanker	46	33%	0.62	(0.20 - 1.95)
Geslacht				
- Man	42	30%	1	Referentie
- Vrouw	97	70%	0.55	(0.23 - 1.34)
Kwaliteit van leven op T0				
- >75	41	29%	1	Referentie
- 51 - 75	56	40%	1.84	(0.66 - 5.16)
- 0 - 50	42	30%	10.78	(3.53 - 32.95)
Palliatieve copingstijl				
- Gebruikt copingstijl niet	113	81%	1	Referentie
- Gebruikt copingstijl wel	26	19%	0.33	(0.11 - 0.99)

Tabel 24. Kenmerken op T0 die de kans op verbetering in kwaliteit van leven tussen T0 en T2 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Kwaliteit van leven onveranderd	71	54%		
Kwaliteit van leven verbeterd	60	46%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	29	22%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	56	43%	1.15	(0.39 - 3.38)
- Ouderen zonder kanker	46	35%	1.49	(0.45 - 4.98)
Geslacht				
- Man	41	31%	1	Referentie
- Vrouw	90	69%	0.73	(0.27 - 1.95)
Kwaliteit van leven op T0				
- >75	39	30%	1	Referentie
- 51 - 75	48	37%	1.49	(0.52 - 4.27)
- 0 - 50	44	34%	10.06	(3.20 - 31.61)
Distress op T0 (Hoe lastig was de voorbije week voor u?)				
- 0 - 3	50	38%	1	Referentie
- ≥4	81	62%	4.41	(1.69 - 11.46)

CONCLUSIE KWALITEIT VAN LEVEN

Kwaliteit van leven bij oudere kankerpatiënten was vergelijkbaar met kwaliteit van leven gerapporteerd in andere studies bij oudere kankerpatiënten. Belangrijker is dat de kwaliteit van leven significant steeg van 66.3 op T0 tot 72.5 op T2.

Uiteraard heeft een diagnose van kanker een zware impact op de kwaliteit van leven. Dit werd ook weerspiegeld in onze resultaten: op baseline was de kwaliteit van leven van oudere kankerpatiënten significant slechter dan de kwaliteit van leven van hun leeftijdsgenoten zonder kanker, maar wel vergelijkbaar met jongere kankerpatiënten. Gelukkig verbeterde de kwaliteit van leven en was er één jaar later geen verschil meer tussen ouderen met en zonder kanker. Jongere kankerpatiënten bewandelden meestal een moeilijker pad, waarbij de kwaliteit van leven al laag was op T0 en nog verder daalde op T1, maar gelukkig weer steeg op T2. Leeftijd speelde hier in zekere zin dus wel een rol, dit kan waarschijnlijk verklaard worden doordat jongere kankerpatiënten meer en zwaarder behandeld worden.

Uit de multivariate analyses bleek dat de kans op verbetering of verslechtering in kwaliteit van leven voornamelijk bepaald werd door de kwaliteit van leven op baseline waarbij mensen met een lage kwaliteit van leven op baseline minder kans hadden op achteruitgang en meer kans op vooruitgang. Verder was opvallend dat heel wat items uit de Distress Barometer voor en achteruitgang in kwaliteit van leven voorspelden. Deze waren last van pijn, last van zingevingvragen en distress (hoe lastig was de voorbije week voor u). Het is ook in andere studies reeds aangetoond dat distress kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven (zie NCCN clinical practice guidelines in oncology: distress management), maar dit toont mooi aan dat de Distress Barometer wellicht een bruikbaar en relevant instrument is om te screenen voor psychosociale problemen, want ook bij depressie zagen we dat het item last van andere problemen de kans op depressie significant voorspelde.

4.5 COGNITIEVE STATUS

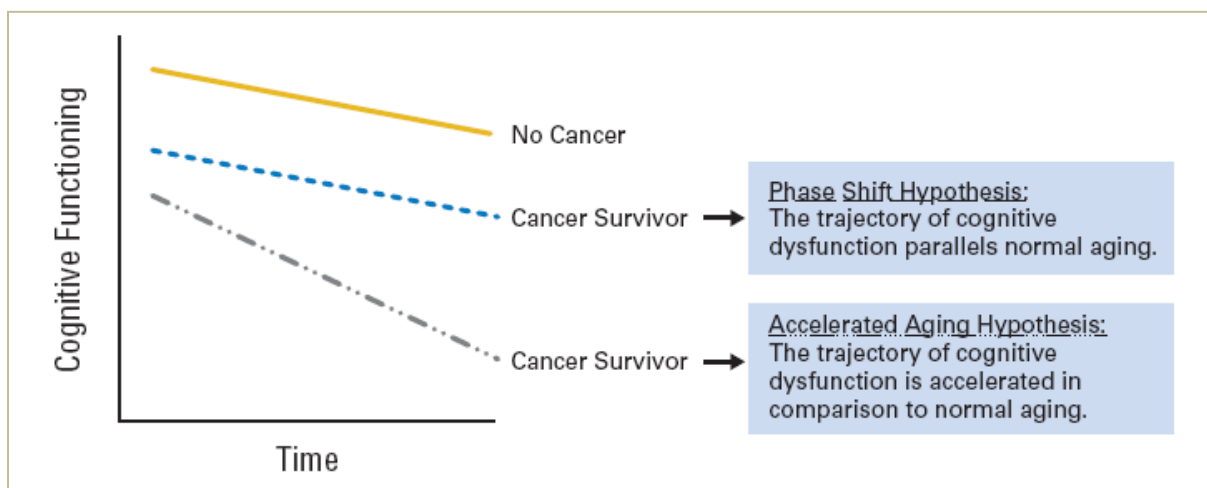
ACHTERGROND COGNITIEVE STATUS

Cognitieve problemen zijn geassocieerd met verminderde overleving, functionele problemen en depressie en kunnen dus belangrijke gevolgen hebben voor het lange termijn welzijn [42, 86].

Het is intussen algemeen bekend dat kankerpatiënten vaak last hebben van geheugen- en concentratieklachten. Deze klachten ontstaan dikwijls als gevolg van de chemotherapie en worden in deze context “chemobrain” genoemd, maar andere behandelmodaliteiten zoals hormoontherapie en radiotherapie zouden eveneens cognitieve problemen veroorzaken [87]. Daarenboven hebben oudere kankerpatiënten vaker dan jongere kankerpatiënten last van cognitieve problemen als gevolg van “normale” veroudering.

Het blijft momenteel nog een groot vraagteken hoe het cognitief functioneren evolueert bij kankerpatiënten, laat staan bij oudere kankerpatiënten die gezien hun leeftijd meer kans hebben op cognitieve problemen. Longitudinale opvolging van cognitief functioneren is dus nodig om uit te klaren of daling in cognitief functioneren parallel loopt aan leeftijdsgeassocieerde daling, vergelijkbaar met mensen zonder kanker, of dat de daling in cognitief functioneren bij kankerpatiënten een ander patroon vertoont (zie Figuur 28).

Figuur 28. Evolutie van cognitief functioneren (overgenomen van Ahles et al [87])



Daarom willen wij onderzoeken hoe het cognitief functioneren van oudere kankerpatiënten evolueert in vergelijking met jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker. Gezien de impact van cognitieve problemen op het algemeen welzijn willen we achterhalen welke factoren cognitieve problemen voorspellen.

INSTRUMENT: MMSE

De MMSE werd ontwikkeld om de cognitieve functies van patiënten te onderzoeken [31]. De MMSE werd oorspronkelijk ontwikkeld voor personen met psychiatrische stoornissen, maar intussen wordt de MMSE ook veel gebruikt bij andere populaties zoals kankerpatiënten of ouderen.

De MMSE bestaat uit een reeks vragen en testen die in verschillende categorieën opgedeeld kunnen worden:

- Oriëntatie in tijd en ruimte
- Rechtstreeks geheugen
- Aandacht en rekenen
- Herinnering
- Taal

De MMSE is een valide test voor het meten van de cognitieve functie en ook de interne consistentie is voldoende met een Cronbach's alfa tussen 0.54 en 0.96. De betrouwbaarheid van de MMSE werd aangetoond door de test na 24 uur en na 28 dagen opnieuw af te nemen; als de MMSE twee keer bij dezelfde persoon met een tussentijd van 24 uur werd afgenomen, was de correlatiecoëfficiënt tussen de twee metingen 0.89 en er was geen significant verschil na 28 dagen [31].

De MMSE bestaat uit 30 items, de somscore kan variëren van 0 tot 30, hoe hoger de score, hoe beter de cognitieve status. Als afkappunt voor cognitieve problemen gebruikten we een score <24.

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN COGNITIEVE STATUS BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

Op baseline had slechts 13% van alle oudere kankerpatiënten last van cognitieve problemen (gedefinieerd als een score <24). Slechts 2 personen (1%) hadden een score kleiner dan 18, wat overeenkomt met ernstige cognitieve problemen. Na zes maanden had nog 7% en na één jaar had niemand van de oudere kankerpatiënten die nog deelnam aan de studie last van cognitieve problemen.

Dat het percentage patiënten met cognitieve problemen zo laag was is niet erg verassend gezien het exclusiecriteria van een formeel vastgestelde diagnose dementie. Volgens de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is een score <24 sterk indicatief voor dementie (zie <http://nhg.artsennet.nl>). Wellicht is er daardoor ook selectie gebeurd door de behandelende artsen die personen met enige cognitieve problemen niet vragen om mee te doen aan de studie. Verder is er wellicht ook selectie vanuit de omgeving van de patiënt (partner, zoon of dochter) of vanuit de patiënt zelf.

Dat we geen oudere kankerpatiënten met cognitieve problemen zien op T2 is enerzijds te verklaren door bovengenoemde redenen, exclusie van dementie en selectie vanuit de omgeving of patiënt zelf en anderzijds is dit waarschijnlijk deels te wijten aan selectieve uitval (zie Appendix 2). Zo weigerden in totaal 32 oudere kankerpatiënten om verder mee te werken aan de vervolginterviews (zie Tabel 4), van deze 32 personen had 17% cognitieve problemen op T0 ten opzichte van slechts 7% van de mensen die we reeds geïnterviewd hadden na één jaar. Opmerkelijk is dat cognitieve problemen ook meer voorkwamen bij de mensen die we nog moeten zien na één jaar (16%) (omdat er sinds het moment van inclusie er nog geen jaar verstreken is). Het valt nog af te wachten of deze mensen zullen meewerken na

één jaar. De ervaring leert ons dat het interview erg moeilijk is voor mensen die slecht scoren op de MMSE aangezien er toch wat abstracte vragen in voorkomen zoals een score geven op kwaliteit van leven of beoordelen hoe men met problemen omgaat (coping).

DOELSTELLING 2. DE INVLOED VAN VEROUDERING, VAN DE KANKERDIAGNOSE EN -BEHANDELING EN VAN DE INTERACTIE TUSSEN BEIDE OP DE COGNITIEVE STATUS BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

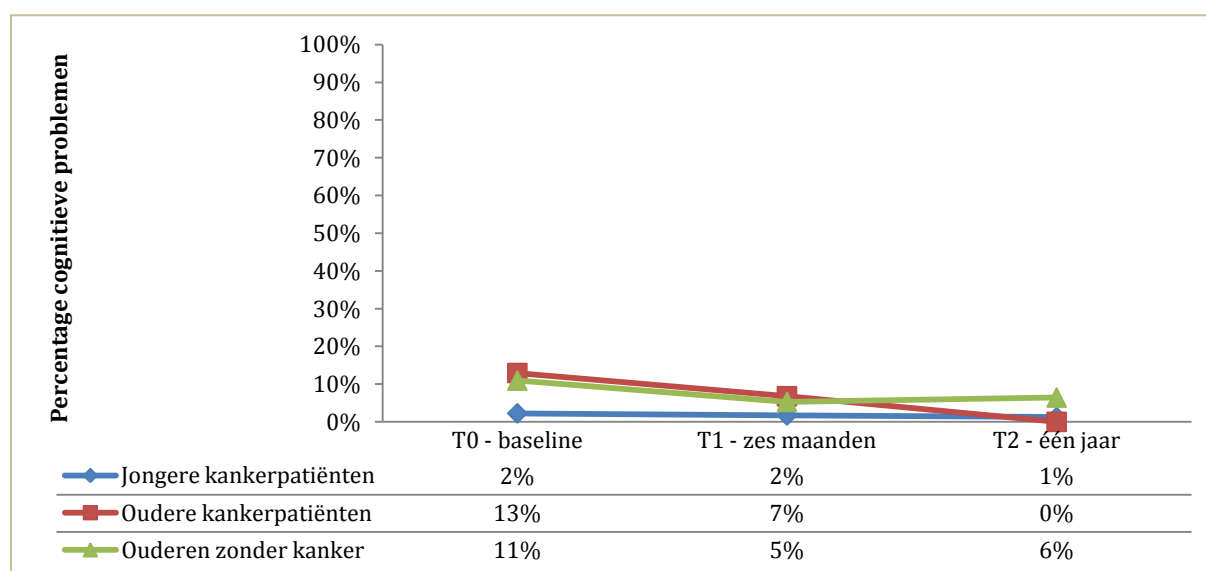
CROSS-SECTIONNEEL: COGNITIEVE STATUS OP T0, T1 EN T2

Gezien het exclusiecriteria en de selectieve uitval van patiënten met cognitieve problemen is het evenmin verrassend dat ook bij ouderen zonder kanker slechts 11% last had van cognitieve problemen op baseline, 5% na zes maanden en 6% na één jaar (zie Figuur 29). Bij jongere kankerpatiënten was het percentage met cognitieve problemen nog lager, 2% op baseline, 2% op zes maanden en 1% op één jaar. In absolute aantallen kwam dit overeen met respectievelijk 6, 2 en 1 jongere kankerpatiënten met cognitieve problemen.

De prevalentie van cognitieve status werd berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 - baseline	266	139	265
T1 - zes maanden	116	103	113
T2 - één jaar	79	46	93

Figuur 29. Cognitieve problemen (<24) op T0, T1 en T2



LONGITUDINAAL: VOORSPELLERS VOOR HET ONTSTAAN COGNITIEVE PROBLEMEN OP T1 EN T2

Door de selectieve uitval en het exclusie criterium kunnen we niet in kaart brengen hoe cognitieve status bij oudere kankerpatiënten evolueerde in vergelijking met jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker. Eveneens kunnen we door de kleine aantallen (te weinig mensen met cognitieve problemen) geen betrouwbare multivariate analyses uitvoeren.

Uit de interviews merkten we echter wel dat veel mensen klachten hadden over hun geheugen, hetgeen niet weerspiegeld werd in deze resultaten. Dit wordt ook door anderen omschreven; “de correlatie tussen zelfgerapporteerde cognitieve problemen en objectief gemeten cognitieve problemen aan de hand van formele testen is gering” [88]. Daarom brengen we ook de subschaal “cognitieve status” van de EORTC kwaliteit van leven schaal in kaart omdat deze correspondeert met zelfgerapporteerde cognitieve problemen.

INSTRUMENT: SUBSCHAAL COGNITIEF FUNCTIONEREN VAN DE EORTC QLQ-C30

De subschaal cognitief functioneren van de EORTC kwaliteit van leven schaal, wordt opgebouwd uit twee items (last met het herinneren van dingen en last met concentreren). De subschaal werd aan de hand van de EORTC handleiding omgerekend naar een score van 0 – 100, hoe hoger de score, hoe beter het cognitief functioneren [79]. De subschaal cognitieve status heeft aangetoonde betrouwbaarheid met Cronbach's alfa tussen 0.51 en 0.73 [80].

Zoals beschreven door Osoba et al. [81] werd verandering in kwaliteit van leven en de subschalen van kwaliteit van leven gedefinieerd als volgt:

- Geen verandering: een verschil <5 punten
- Weinig verandering: 5 – 9 punten verschil
- Gemiddelde verandering: 10 – 19 punten verschil
- Grote verandering: ≥ 20 punten verschil

Voor de subschaal cognitief functioneren zullen wij verandering opdelen als volgt:

- Geen verandering: een verschil <10 punten
- Verandering: ≥ 10 punten verschil

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN COGNITIEF FUNCTIONEREN BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

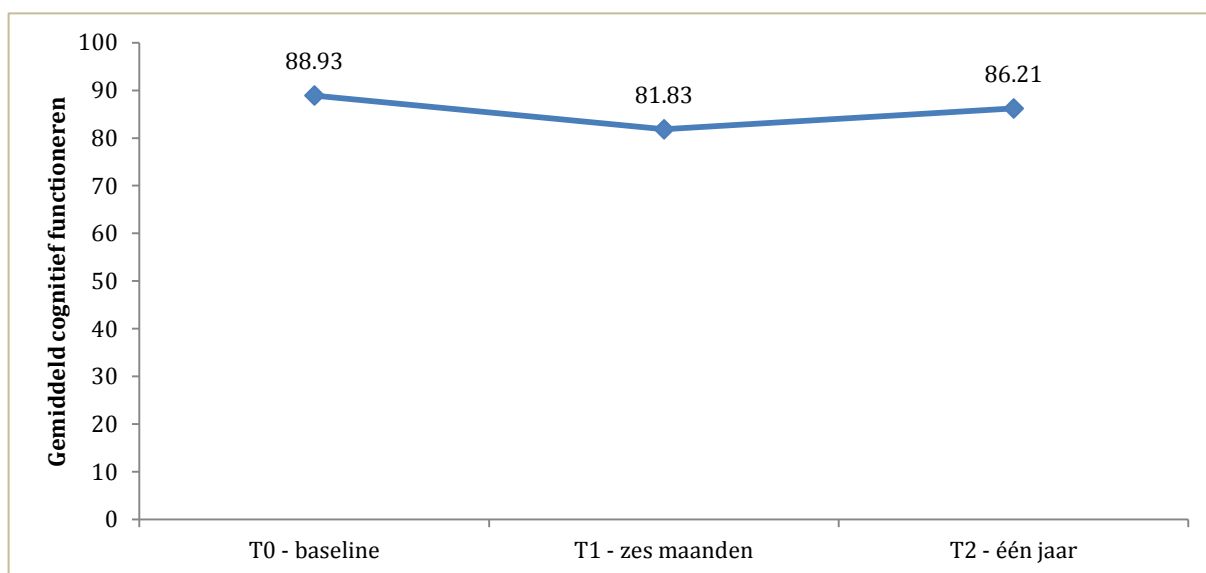
CROSS-SECTIONEEL: COGNITIEF FUNCTIONEREN OP T0, T1 EN T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

Cognitieve status werd berekend op volgende aantallen

- T0 – baseline: 143 oudere kankerpatiënten
- T1 – na zes maanden: 111 oudere kankerpatiënten
- T2 – na één jaar: 58 oudere kankerpatiënten

Van het moment van diagnose tot zes maanden later daalde het gemiddeld cognitief functioneren van 88.9 tot 81.8. Dit verschil was statistisch significant ($p = 0.00$), maar correspondeert met een kleine verandering (5 – 9 punten verschil) [81]. Tussen T1 en T2 steeg het cognitief functioneren tot 86.2, dus tot iets onder de baseline waarde (zie Figuur 30). Het verschil tussen T2 en T1 was niet significant ($p = 0.40$). Het cognitief functioneren na zes maanden kwam overeen met de referentiewaarde van 81.0 voor kankerpatiënten ≥ 70 jaar gerapporteerd in de EORTC handleiding en met het cognitief functioneren uit een Scandinavische studie bij oudere kankerpatiënten (83.3 op baseline en 83.3 na zes maanden) [83]. Een andere vergelijkbare prospectieve studie bij oudere kankerpatiënten, eveneens ten tijde van de diagnose van kanker, toonde hogere gemiddelde scores voor cognitief functioneren; een score 91.7 op baseline en een score 100 één jaar later [82].

Figuur 30. Cognitief functioneren (EORTC QLQ-C30) op T1, T2 en T3 bij oudere kankerpatiënten



LONGITUDINAAL: VERANDERING IN COGNITIEF FUNCTIONEREN VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

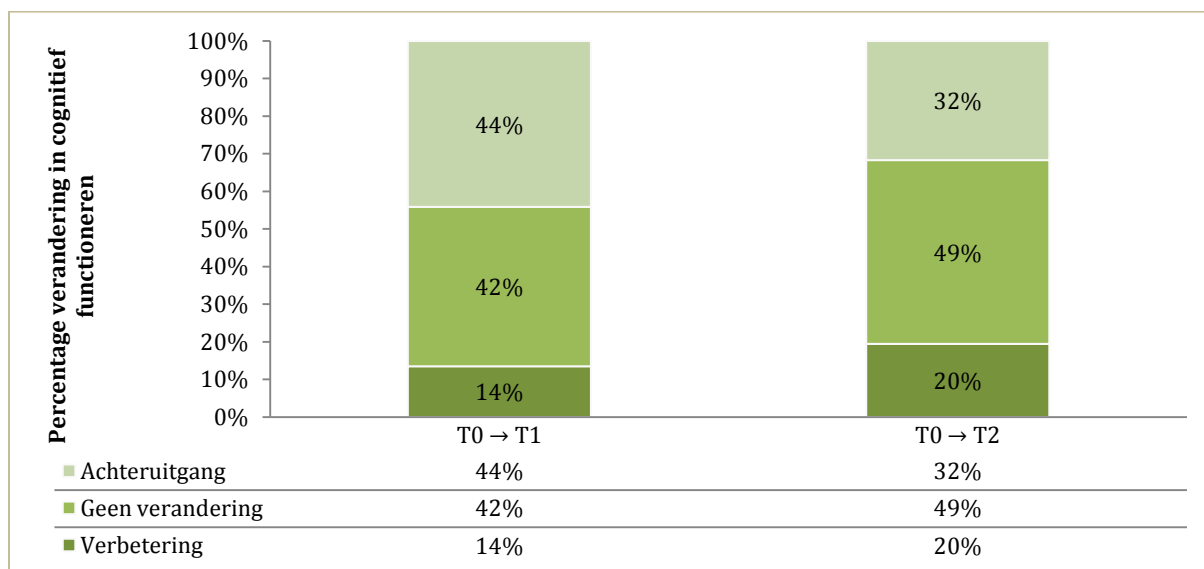
Bij het presenteren van verandering in cognitief functioneren van T0 naar T1 telden enkel die patiënten mee van wie we gegevens hadden op beide tijdstippen. Dit waren 59 oudere kankerpatiënten. Op dezelfde manier werden er 41 oudere kankerpatiënten opgenomen in de analyses voor de verandering in cognitief functioneren van T0 naar T2.

Voor een grote groep oudere kankerpatiënten bleef het cognitief functioneren onveranderd (verschil < 10 punten), 42% tussen T0 en T1 en 49% tussen T0 en T2, maar voor een bijna even grote groep ging het cognitief functioneren achteruit, 44% tussen T0 en T1 en 32% tussen T0 en T2. Bijgevolg verbeterde het cognitief functioneren voor een minderheid (zie Figuur 31).

De studie van Puts et al. bracht achteruitgang in cognitief functioneren niet over dezelfde tijdspannes in kaart, maar op het eerste zicht lijken de resultaten vergelijkbaar, tussen zes maanden en één jaar toonden

zij bijvoorbeeld een achteruitgang (≥ 10 punten) bij 20% van de patiënten [82]. In de studie van Esbensen et al. werd achteruitgang van cognitief functioneren niet opgenomen in de resultaten [83]

Figuur 31. Verandering in cognitief functioneren van T0 → T1 en van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten



DOELSTELLING 2. DE INVLOED VAN VEROUDERING, VAN DE KANKERDIAGNOSE EN -BEHANDELING EN VAN DE INTERACTIE TUSSEN BEIDE OP COGNITIEF FUNCTIONEREN BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

CROSS-SECTIONNEEL: COGNITIEF FUNCTIONEREN OP T0, T1 EN T2

Aan de hand van de subschaal cognitief functioneren van de EORTC kwaliteit van leven schaal hebben we aangetoond dat cognitief functioneren lichtjes daalt voor een grote groep oudere kankerpatiënten. Er rest ons nu enkel nog de vraag of dit ook het geval is bij ouderen zonder kanker, en bij jongere kankerpatiënten. Met andere woorden is de achteruitgang te wijten aan de diagnose en behandeling van kanker, aan veroudering, of aan beide?

Cognitief functioneren werd berekend op volgende aantallen:

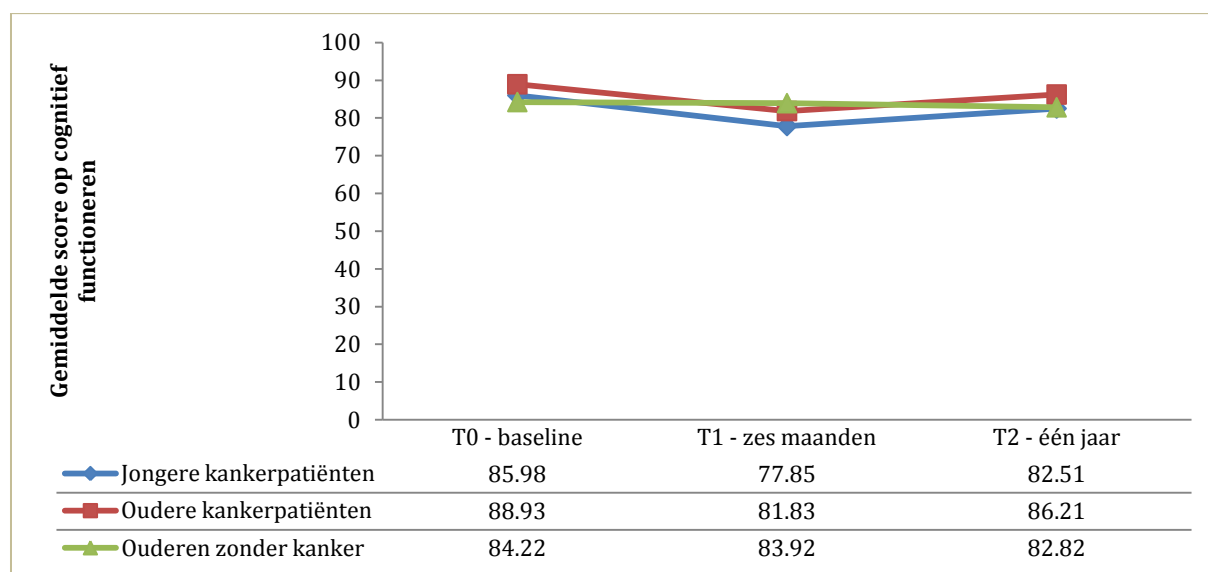
	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 - baseline	271	143	264
T1 - zes maanden	146	111	114
T2 - één jaar	101	58	98

Op het eerste zicht zien we geen grote verschillen wat betreft cognitief functioneren tussen oudere kankerpatiënten, jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker. Opvallend is dat oudere en jongere kankerpatiënten hetzelfde patroon volgden met een daling van respectievelijk 7 en 8 punten tussen T0 en

T1 en een stijging van 4 punten in beide groepen tussen T1 en T2 (zie Figuur 32). Het verschil in cognitief functioneren tussen T0 en T1 was voor jongere kankerpatiënten, net als voor oudere kankerpatiënten significant ($p = 0.00$), maar zoals hierboven vermeld, correspondeert dit verschil met een kleine verandering (5 – 9 punten verschil). Voor ouderen zonder kanker blijft het cognitief functioneren zo goed als constant.

Verder bleek dat de cognitieve status van oudere kankerpatiënten significant hoger was in vergelijking met ouderen zonder kanker (zie Tabel 25). Absoluut bedroeg dit verschil slechts 4.7 punten wat volgens de indeling van Osoba et al. zou overeenkomen met geen verschil [81].

Figuur 32. Cognitief functioneren op T0, T1 en T2



Tabel 25. Verschil in de gemiddelde score voor cognitief functioneren bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker

	Effect van veroudering		REFERENTIE	Effect van kanker	
	Jongere kankerpatiënten	Oudere kankerpatiënten	Oudere kankerpatiënten	Ouderen zonder kanker	
	Gemiddelde	P-waarde	Gemiddelde	P-waarde	Gemiddelde
Cognitief functioneren op T0	85.98	0.14	88.93	0.01	84.22
Cognitief functioneren op T1	77.85	0.17	81.83	0.40	83.92
Cognitief functioneren op T2	82.51	0.30	86.21	0.26	82.82

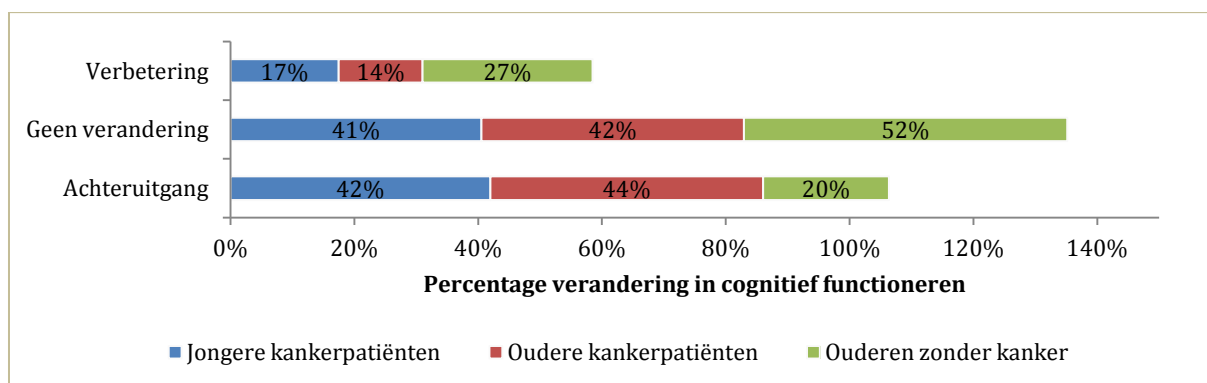
LONGITUDINAAL: VERANDERING IN COGNITIEF FUNCTIONEREN VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2

Verandering in cognitief functioneren van T0 naar T1 en van T0 naar T2 werd berekend op volgende aantallen:

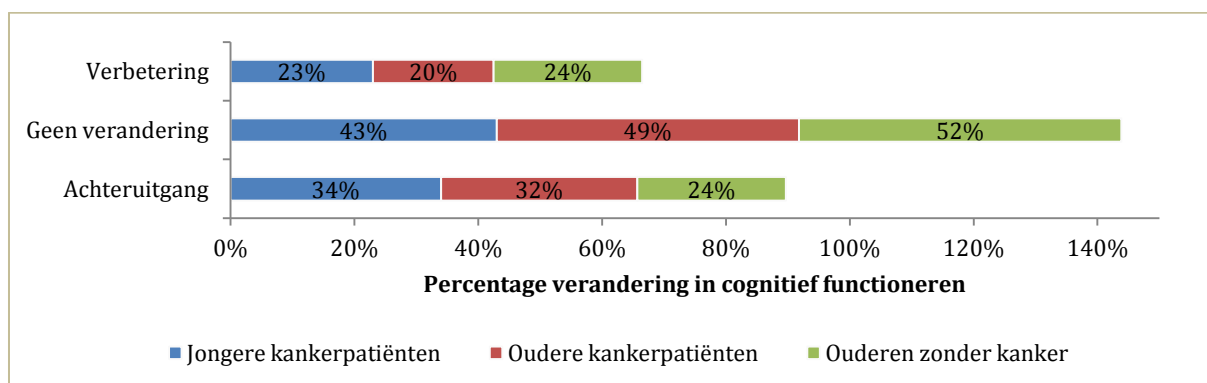
	Jongere kankerpatiënten (50 – 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 → T1	143	59	113
T0 → T2	100	41	96

Zoals verwacht kon worden uit de cross-sectionele analyses zagen we bij zowel oudere als jongere kankerpatiënten een achteruitgang in cognitief functioneren van respectievelijk 44% en 42% van T0 naar T1 en van 32% en 34% van T0 naar T2 (zie Figuur 33 en Figuur 34). In verhouding weliswaar minder, maar toch nog steeds een kwart van de ouderen zonder kanker ging achteruit in cognitief functioneren tussen T0 en T2.

Figuur 33. Verandering in cognitief functioneren van T0 → T1



Figuur 34. Verandering in cognitief functioneren van T0 → T2



LONGITUDINAAL: VOORSPELLERS VAN ACHTERUITGANG IN COGNITIEF FUNCTIONEREN OP T1 EN T2

Als laatste stap willen we onderzoeken welke kenmerken op baseline achteruitgang in cognitief functioneren kunnen voorspellen. Net als voor kwaliteit van leven (zie blz. 71) werd de groep zonder verandering als referentie gebruikt.

Baseline kenmerken die achteruitgang in cognitief functioneren voorspelden waren kanker, vermoeidheid en aantal medicijnen (onderhoudsmedicatie). In bovenstaande analyses zagen we reeds dat oudere en jongere kankerpatiënten een daling in cognitief functioneren toonden, terwijl dit niet zo was voor ouderen zonder kanker. Dit werd bevestigd door de multivariate analyses die aantonen dat ouderen zonder kanker een kleinere kans hadden op cognitieve achteruitgang in vergelijking met oudere kankerpatiënten. Een vermoeidheidsscore op baseline van ≥ 4 op een VAS-schaal van 0 – 10 was geassocieerd met een hogere kans op cognitieve achteruitgang na zes maanden. Vermoeidheid en cognitieve problemen zijn vaak gerapporteerde klachten bij kankerpatiënten. Wellicht is er een wisselwerking tussen cognitief functioneren en vermoeidheid. Studies over vermoeidheid bij kankerpatiënten toonden aan dat er een verband bestaat tussen geheugen en concentratie problemen en (mentale) vermoeidheid [89] en vice versa [90]. Voor de voorspellende waarde van medicatiegebruik zijn er waarschijnlijk twee verklaringen. Enerzijds kunnen cognitieve stoornissen ontstaan als bijwerkingen van medicatie, meestal door medicatie met anticholinerge²⁰ werking [91] (zie ook NHG-standaard Dementie: <http://nhg.artsennet.nl>). Hoe meer medicijnen men neemt, hoe groter de kans dat cognitieve problemen ontstaan als gevolg van bijwerkingen. Dit zal echter maar bij een kleine minderheid het geval zijn. Waarschijnlijker is dat het aantal medicijnen fungeert als proxy voor comorbiditeit. Typische leeftijdsgereleerde aandoeningen en voornamelijk vasculaire aandoeningen zoals hartfalen, hypertensie, diabetes mellitus en atriumfibrilleren zijn aangetoonde risicofactoren voor dementie [92].

Cognitieve achteruitgang op T2 werd niet meer significant voorspeld door de afwezigheid van kanker, hoewel de odds ratio voor ouderen zonder kanker nog steeds kleiner dan nul was. Ook vermoeidheid en aantal medicijnen verdwenen uit het model. In de plaats bleek dat last van pijn een significante voorspeller was voor cognitieve achteruitgang op T2 (zie Tabel 27). Pijn is hierbij waarschijnlijk geen causale factor maar eerder een confounder die wijst op het verouderen, hoe ouder men wordt hoe meer last van pijn en hoe groter de kans op cognitieve problemen. Op baseline had 25% van de jongere kankerpatiënten, 27% van de oudere kankerpatiënten en 38% van de ouderen zonder kanker last van pijn (zie Appendix 6).

²⁰Anticholinergica zijn stoffen die de werking van acetylcholine onderdrukken. Acetylcholine is een neurotransmitter, die vooral betrokken is bij de impulsoverdracht van zenuwcellen naar skeletspiercellen. Omdat ouderen een verminderde cholinerge neurotransmissie in de hersenen hebben, zijn zij verhoogd kwetsbaar voor cognitief functieverlies door medicatie. In een inventarisatie van een Nederlandse openbare apotheek gebruikte 8% van de ouderen ten minste 1 middel met anticholinerge bijwerking

Tabel 26. Kenmerken op T0 die verslechtering in cognitief functioneren op T1 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Cognitief functioneren onveranderd	138	56%		
Cognitief functioneren verslechtert	108	44%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	48	20%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	116	47%	1.18	(0.58 - 2.39)
- Ouderen zonder kanker	82	33%	0.28	(0.12 - 0.63)
Geslacht				
- Man	71	29%	1	Referentie
- Vrouw	175	71%	1.00	(0.54 - 1.83)
Cognitief functioneren op T0				
- 100	161	65%	1	Referentie
- 72 - 90	60	24%	0.80	(0.41 - 1.58)
- <70	25	10%	0.83	(0.33 - 2.14)
Vermoeidheid				
- 0 - 3	127	52%	1	Referentie
- ≥4	119	48%	1.90	(1.09 - 3.30)
Aantal medicijnen				
- 0 - 1	82	33%	1	Referentie
- 2 - 4	89	36%	2.04	(1.06 - 3.94)
- ≥5	75	30%	2.64	(1.21 - 5.75)

Tabel 27. Kenmerken op T0 die verslechtering in cognitief functioneren (EORTC QLQ-C30) op T2 voorspellen

	N	%	OR	95% BI
Cognitief functioneren onveranderd	113	62%		
Cognitief functioneren verslechtert	70	38%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	33	18%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	77	42%	1.21	(0.51 - 2.86)
- Ouderen zonder kanker	73	40%	0.60	(0.23 - 1.52)
Geslacht				
- Man	57	31%	1	Referentie
- Vrouw	126	69%	1.45	(0.71 - 2.97)
Cognitief functioneren op T0				
- 100	120	66%	1	Referentie
- 72 - 90	47	26%	0.96	(0.45 - 2.05)
- <70	16	9%	0.62	(0.19 - 2.05)
Last van pijn				
- Helemaal niet	89	49%	1	Referentie
- Een beetje	40	22%	1.22	(0.52 - 2.82)
- Nogal, veel, erg veel	54	30%	3.01	(1.38 - 6.57)

SAMENVATTING COGNITIEF FUNCTIONEREN

Cognitief functioneren bij oudere kankerpatiënten toonde een U-vormige evolutie met een daling tussen T0 en T1 en weer een stijging tussen T1 en T2. Ondanks deze evolutie ging tussen T0 en T2 32% van de oudere kankerpatiënten achteruit op cognitief functioneren.

Kanker had een significant effect op cognitieve achteruitgang, ouderen zonder kanker hadden minder kans op cognitieve achteruitgang in vergelijking met oudere kankerpatiënten. Wellicht speelt leeftijd ook een belangrijke rol, leeftijd op zich kwam niet uit de multivariate analyses als voorspeller voor cognitieve achteruitgang. Wel waren pijn, vermoeidheid en medicatiegebruik significante voorspellers van cognitieve achteruitgang welke typisch ook toenemen met stijgende leeftijd.

Onze eerdere vraag of daling in cognitief functioneren parallel loopt aan leeftijdsgeassocieerde daling vergelijkbaar met mensen zonder kanker, of dat de daling in cognitief functioneren bij kankerpatiënten een ander patroon vertoont, kunnen we nog niet met zekerheid beantwoorden, maar voorlopig lijkt het dat cognitief functioneren parallel loopt aan leeftijdsgeassocieerde daling en dat de invloed van kanker na één jaar verdwijnt.

4.6 COPING

ACHTERGROND

Uit onderzoek blijkt dat de vatbaarheid en beloop van ziekten en psychosociale problemen worden beïnvloed door de manier waarop mensen met moeilijke levensomstandigheden omgaan [93]. Deze reacties op stressvolle gebeurtenissen noemt men coping. De copingstijlen zijn de cognitieve en gedragshandelingen die een individu gebruikt om met stressvolle situaties om te gaan. Copingstijlen worden gezien als een persoonlijkheidskenmerk, maar zijn in principe veranderbaar [93].

Sommige copingstijlen zijn effectiever dan andere, dit wil zeggen dat men door een bepaald coping-gedrag gezondheidsklachten voorkomt en/of het welzijn in stand houdt of bevordert. Het probleem actief aanpakken en sociale steun zoeken zijn waarschijnlijk de meest effectieve copingstijlen. In het algemeen geldt dat de copingstijl "het probleem actief aanpakken" gebruikt wordt wanneer een persoon het gevoel heeft dat de situatie veranderd kan worden. De meer emotionele strategieën zoals vermijden en afwachten, palliatieve reactie en sociale steun zoeken worden gebruikt wanneer de persoon eerder het gevoel heeft dat de situatie onveranderbaar is [94].

Omdat een diagnose en behandeling coping-gedrag mogelijk beïnvloeden en omdat het coping-gedrag zelf een invloed heeft op psychosociale status willen we de verschillende copingstijlen bij oudere kankerpatiënten in kaart brengen in vergelijking met jongere kankerpatiënten en ouderen zonder kanker. In de bovengaannde onderdelen hebben we uitgezocht in welke mate de gebruikte copingstijl de kans op psychosociale problemen voorspelt, we zullen hier verder op ingaan.

INSTRUMENT: UCL

Coping werd gemeten met een verkorte versie van de Utrechtse Coping Lijst (UCL). De originele UCL bestaat uit 47 items en 7 clusters (actief, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten) [93, 95]. Er bestaat echter ook een verkorte versie van 15 items, welke frequent gebruikt werd in Nederland [96, 97]. De UCL is erg conceptueel en dus niet altijd makkelijk te begrijpen, daarom gebruikten we de verkorte versie in deze studie. Elk item wordt beantwoord op een 4-punten Likertschaal (zelden/nooit, soms, vaak, zeer vaak).

Uit deze lijst kunnen vier copingstijlen geïdentificeerd worden:

- **Het probleem actief aanpakken**

Mensen met deze copingstijl treden met opgeheven hoofd het probleem tegemoet. Ze gaan in de aanval en gebruiken daarbij vooral hun verstand. Ze delen het probleem in stukjes op en zoeken voor elk stuk een oplossing.

- **Sociale steun zoeken**

Mensen met deze copingstijl zoeken troost, een luisterend oor, begrip en steun bij een ander. Samen met een ander manieren bedenken om het probleem op te lossen.

- **Vermijden en afwachten**

Mensen met deze copingstijl vluchten verstandelijk gezien weg van het probleem. Ze laten de zaak op zijn beloop, gaan de situatie uit de weg of nemen een afwachtende houding aan.

- **Palliatieve reactie**

Mensen met deze copingstijl vluchten emotioneel gezien weg van het probleem. Door zich te richten op andere dingen, proberen ze niet aan het probleem te denken. Wanneer het op deze manier niet lukt, kunnen ze hun toevlucht nemen tot verdovende middelen. Rookverslaving en alcoholmisbruik liggen dan op de loer.

De interne consistenties voor vermijden en afwachten, het probleem actief aanpakken, palliatieve reactie en sociale steun zoeken waren respectievelijk 0.64, 0.84, 0.44 en 0.82. Voor elke copingstijl berekenden we eerste de gemiddelde itemscore, dit is de som van alle items, gedeeld door het aantal items dat tot de copingstijl behoort. Voor elke copingstijl varieerde de score bijgevolg tussen 1 en 4. Vervolgens maakten we ook een dichotome score. Een score ≥ 3 werd gedefinieerd als “gebruik van de copingstijl”.

DOELSTELLING 1. VERANDERINGEN IN COPINGSTIJL

CROSS-SECTIONNEEL: VOORKOMEN VAN VERSCHILLENDE COPINGSTIJLEN OP T0, T1 EN T2

De gebruikte copingstijlen werden berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 – baseline	239	100	237
T1 – zes maanden	140	91	110
T2 – één jaar	98	49	90

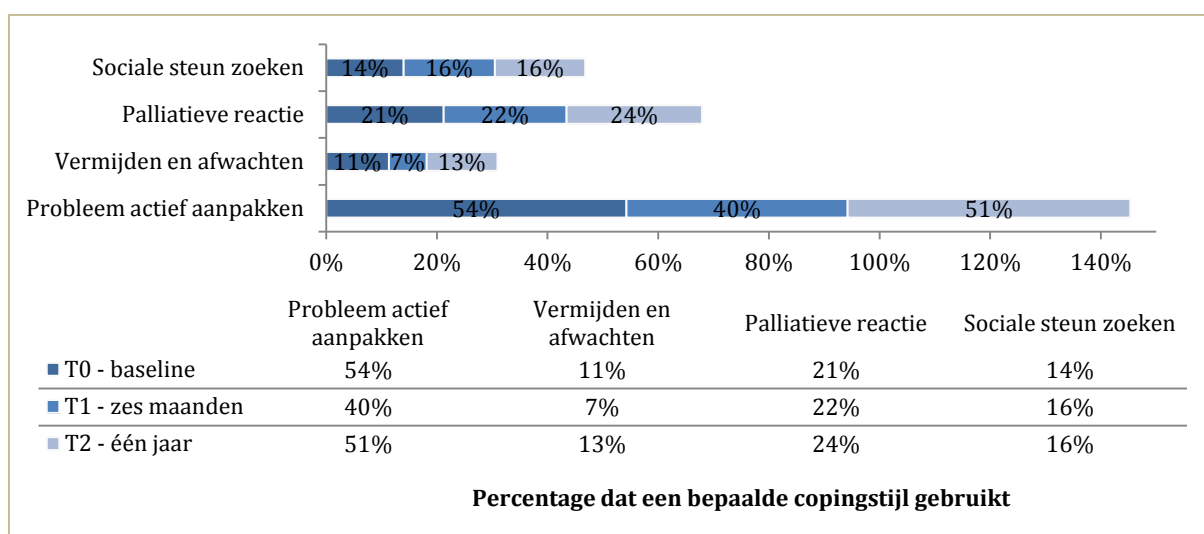
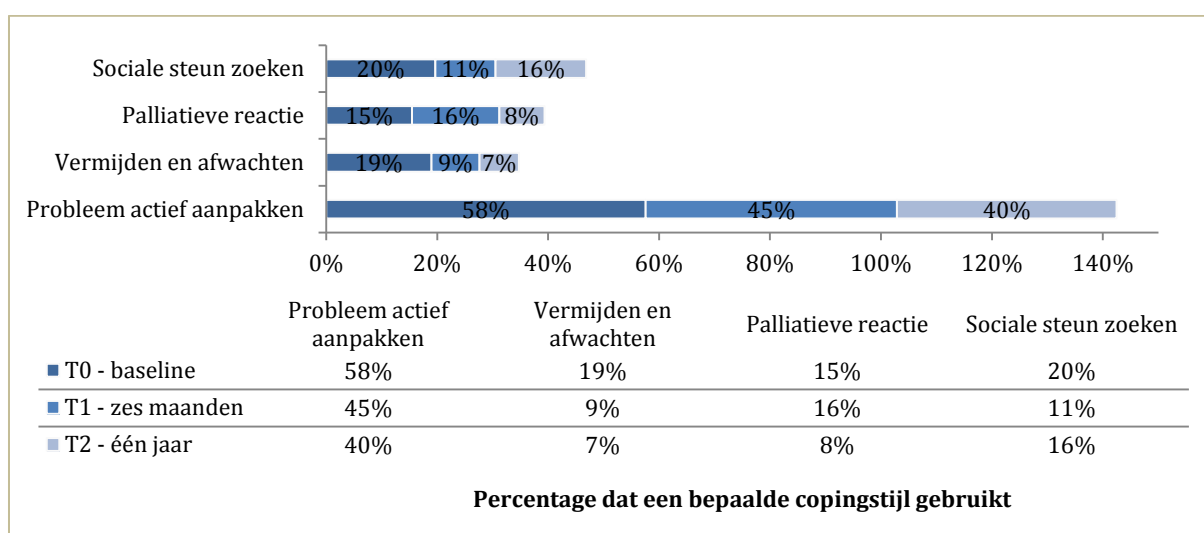
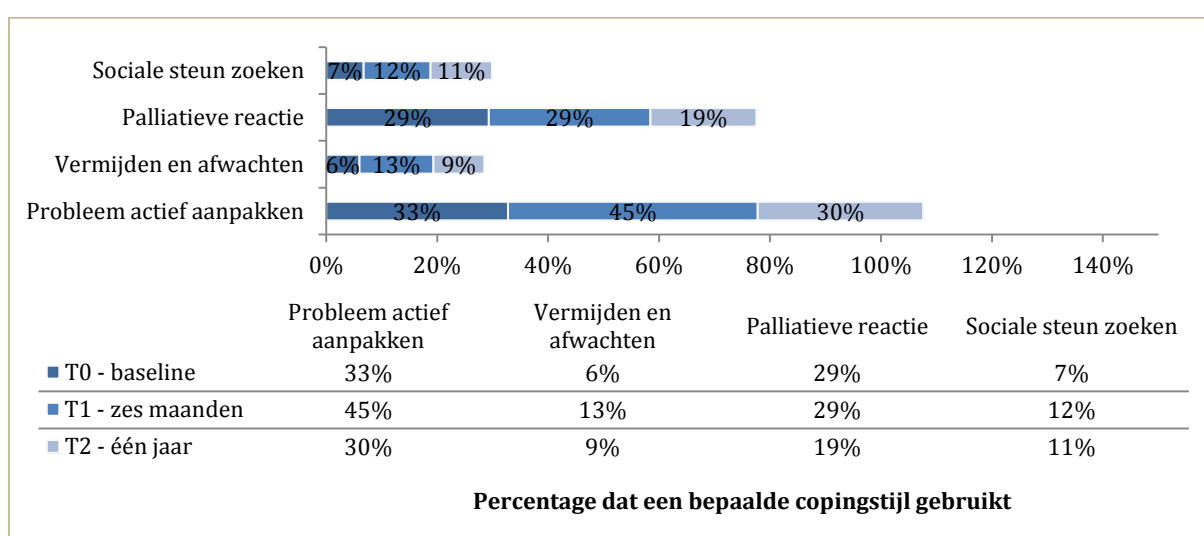
In de drie groepen was “het probleem actief aanpakken” de meest gebruikte copingstijl (zie Figuur 35, Figuur 36 en Figuur 37). Ouderen zonder kanker gebruikten deze copingstijl wel minder in vergelijking met de twee groepen kankerpatiënten.

Daaropvolgend was de palliatieve reactie bij de ouderen met en zonder kanker de meest voorkomende copingstijl. Jongere kankerpatiënten gebruikten deze copingstijl minder.

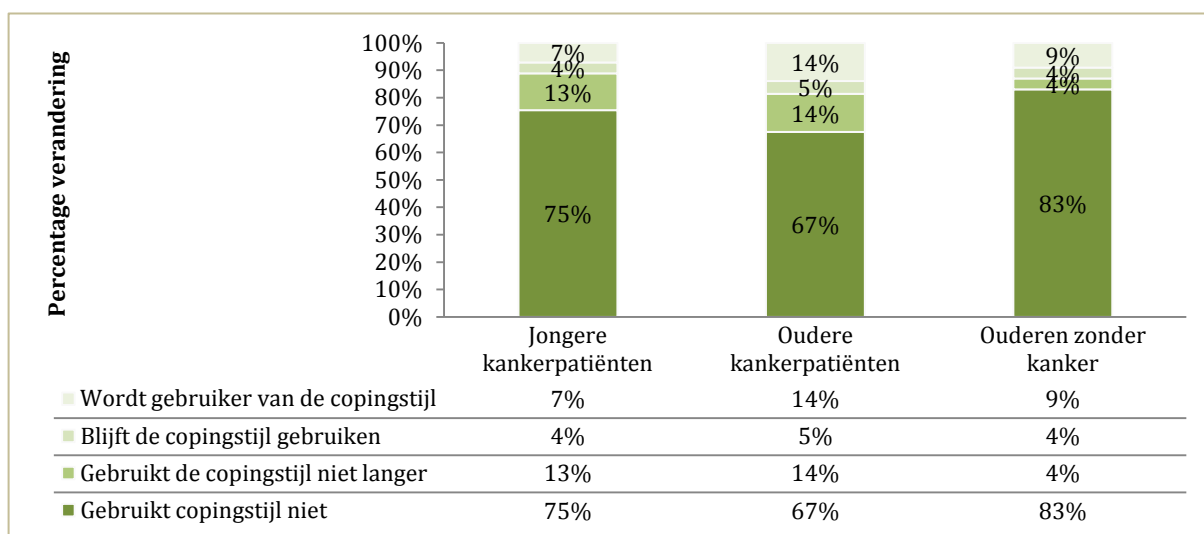
Verder viel het op dat slechts weinig personen geïdentificeerd werden als “gebruiker van de copingstijl”, uitgezonderd voor “het probleem actief aanpakken”.

LONGITUDINAAL: VERANDERING IN COPINGSTIJL VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2

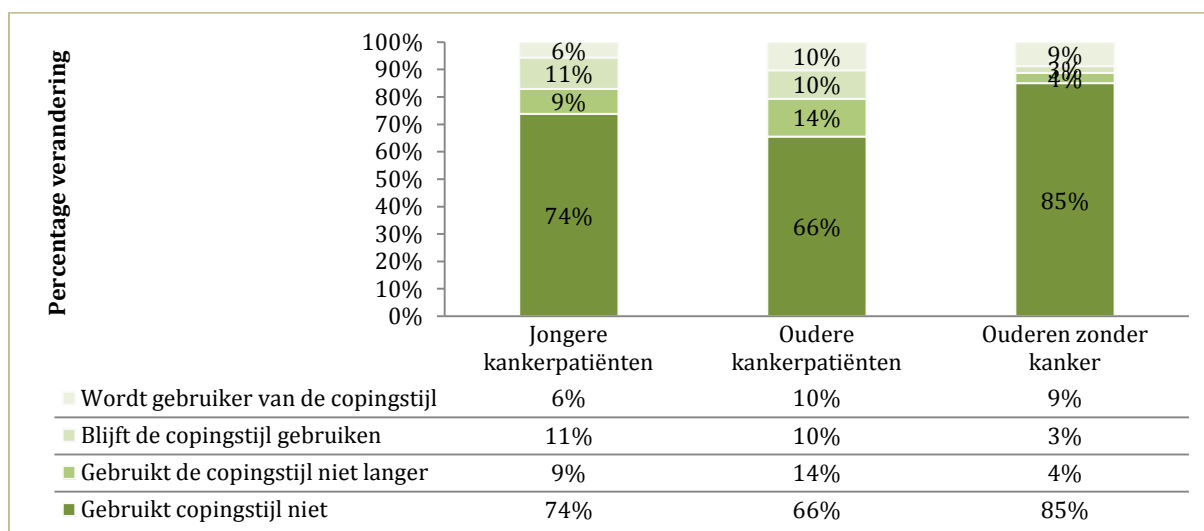
In het algemeen zagen we maar weinig verandering in het gebruik van de copingstijl, zowel voor oudere kankerpatiënten, jongere kankerpatiënten als ouderen zonder kanker.

Figuur 35. Copingstijlen bij oudere kankerpatiënten op T0, T1 en T2**Figuur 36. Copingstijlen bij jongere kankerpatiënten op T0, T1 en T2****Figuur 37. Copingstijlen bij ouderen zonder kanker op T0, T1 en T2**

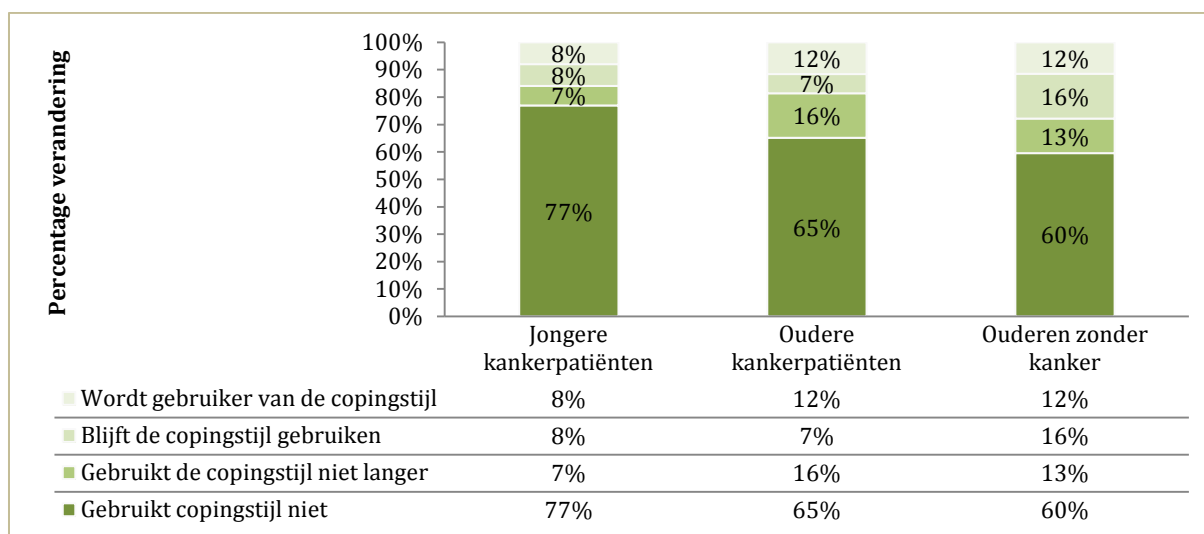
Figuur 38. Verandering in het gebruik van de copingstijl sociale steun zoeken van T0 → T1



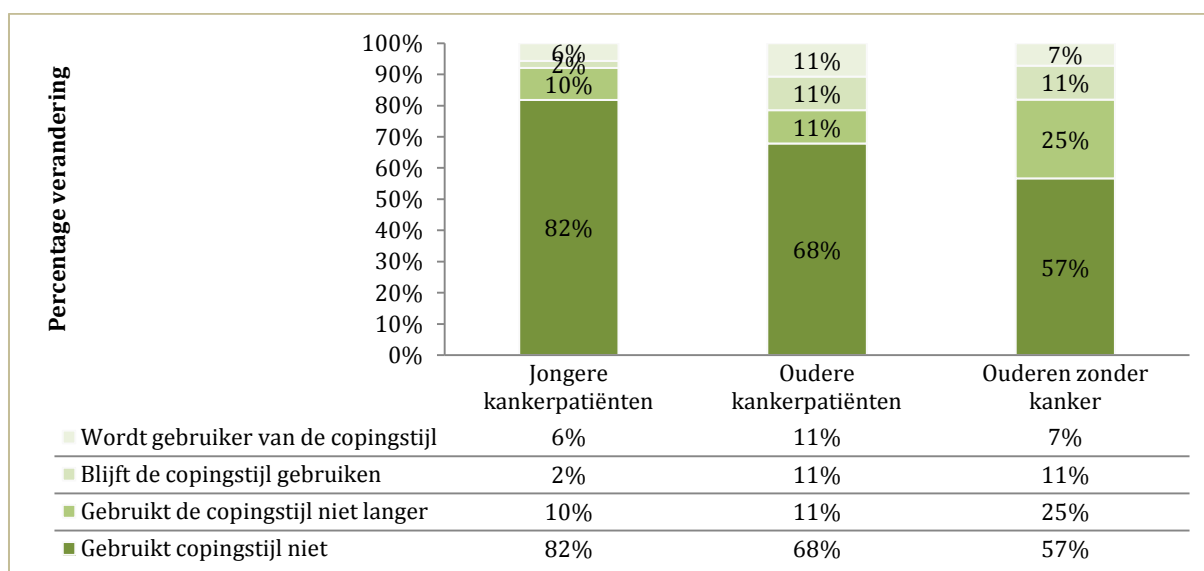
Figuur 39. Verandering in het gebruik van de copingstijl sociale steun zoeken van T0 → T2



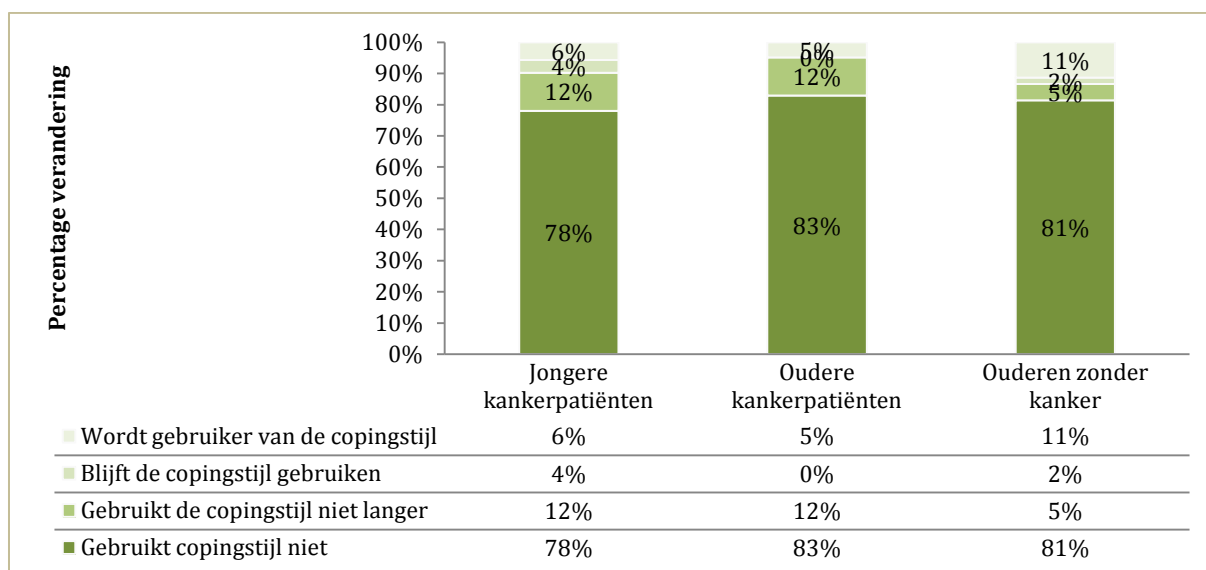
Figuur 40. Verandering in het gebruik van de copingstijl palliatieve reactie van T0 → T1



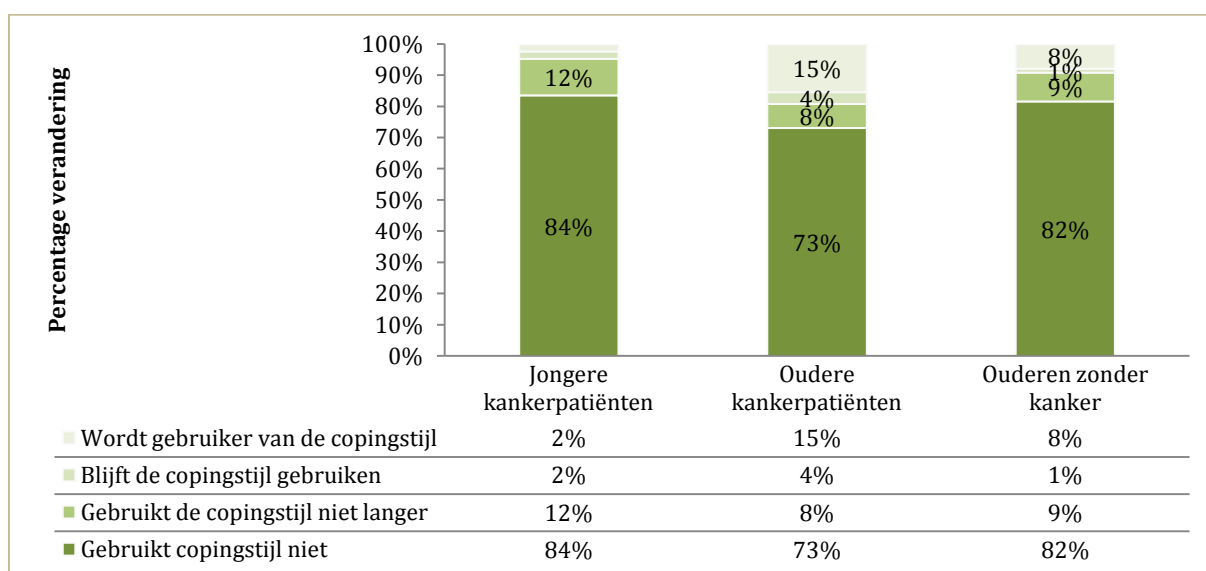
Figuur 41. Verandering in het gebruik van de copingstijl palliatieve reactie van T0 → T2

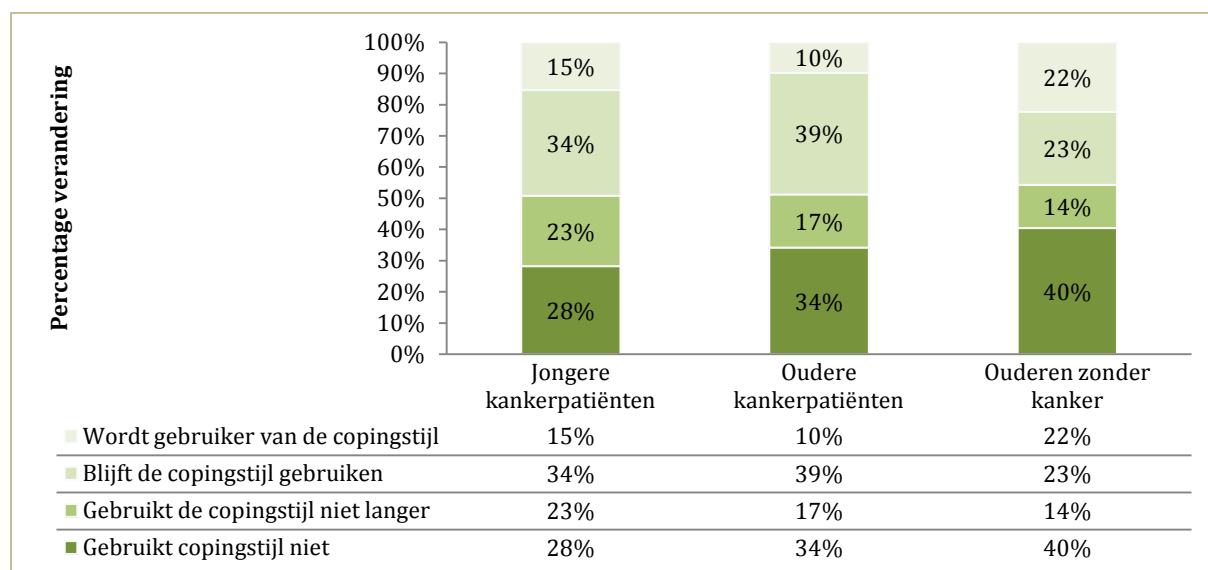
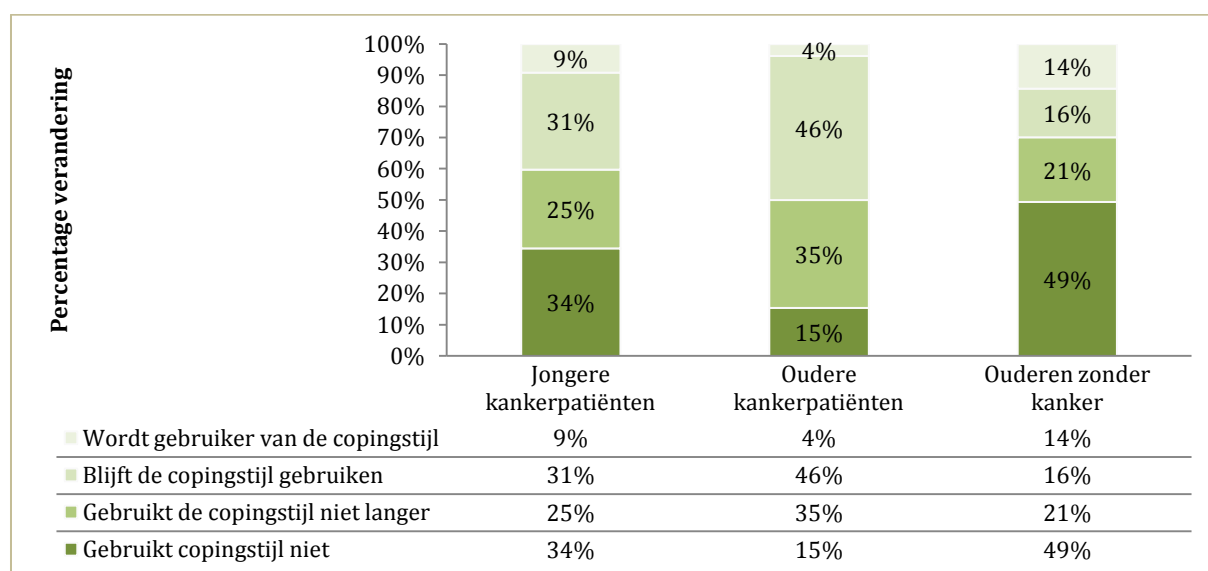


Figuur 42. Verandering in het gebruik van de copingstijl vermijden en afwachten van T0 → T1



Figuur 43. Verandering in het gebruik van de copingstijl vermijden en afwachten van T0 → T2



Figuur 44. Verandering in het gebruik van de copingstijl probleem actief aanpakken van T0 → T1**Figuur 45. Verandering in het gebruik van de copingstijl probleem actief aanpakken van T0 → T2**

LONGITUDINAAL: COPINGSTIJL ALS VOORSPELENDE FACTOR VOOR PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Uit onderzoek blijkt dat de het beloop van psychosociale problemen beïnvloed wordt door de manier waarop mensen met moeilijke levensomstandigheden omgaan [93]. Zo is bijvoorbeeld al aangetoond dat bijvoorbeeld de vermijdende copingstijl de kans op depressie vergroot bij oudere kankerpatiënten met hoofd- halstumoren [47].

Dit werd eveneens bevestigd in deze analyses. Uit bivariate analyses bleek dat de vermijdende copingstijl op baseline, de kans op depressie één jaar later vergrootte (OR 4.72; 95% BI 1.59 – 14.06; gecontroleerd voor leeftijd, kanker, geslachte en baseline depressie), maar ook in multivariate analyses was de vermijdende copingstijl geassocieerd met een hogere kans op depressie (zie Tabel 11). Bivariaat werd ook de kans op sociale eenzaamheid (op T1) voorspeld door de vermijdende copingstijl (OR 2.46; 95% BI 1.01 – 6.00). De palliatieve copingstijl was geassocieerd met een kleinere kans op verbetering in kwaliteit van leven (zie Tabel 23).

CONCLUSIE COPING

Vele onderzoekers hebben zich al op de vraag gestort of ouderen een beter emotioneel functioneren hebben dan jong volwassenen. Wat betreft copingstijl zien wij echter dat de twee groepen ouderen vaker de palliatieve copingstijl gebruikten dan de jongere kankerpatiënten. Mensen met deze copingstijl vluchten emotioneel gezien weg van het probleem en was in deze studie geassocieerd met een kleinere kans op verbetering in kwaliteit van leven. De vermijdende copingstijl werd ook geassocieerd met negatieve uitkomsten, namelijk een grotere kans depressie en op sociale eenzaamheid. Deze copingstijl werd in de drie groepen weinig gebruikt.

5. DISCUSSIE

Rond het moment van de diagnose waren de meest voorkomende psychosociale problemen bij oudere kankerpatiënten last van distress (66% rond het moment van de diagnose) en emotionele eenzaamheid (30% rond het moment van de diagnose). Één jaar later was de prevalentie van distress gedaald, maar had nog steeds 46% van de oudere kankerpatiënten last van distress. De prevalentie van emotionele eenzaamheid steeg tot 40%. Depressie kwam voor bij 14% van de oudere kankerpatiënten rond het moment van de diagnose, één jaar later was de prevalentie van depressie 21%.

Tot nu toe zien we dat de psychosociale problemen die zich voordoen bij oudere kankerpatiënten eerder generisch van aard zijn en evenzeer voorkomen bij leeftijdsgenoten zonder kanker of bij jongere kankerpatiënten. Voor de aanpak van psychosociale problemen kunnen we ons wellicht grotendeels baseren op reeds bestaande programma's. Hierbij moeten we er wel op waken dat we alle patiënten niet "over dezelfde kam scheren" en dat we individuele noden niet uit het oog verliezen. Met het ouder worden hecht men bijvoorbeeld vaker aan nauwe, emotioneel nabije contacten zoals beschreven wordt in de "socioemotional selectivity theory" [2]. In dit opzicht is **de toename in emotionele eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten verontrustend.** Globaal genomen kunnen we vijf strategieën om eenzaamheid tegen te gaan onderscheiden: 1) algemene voorlichting en mentaliteitsverandering, 2) bevordering deskundigheid van hulpverleners, 3) sociaal-culturele activering, 4) persoonlijke activering en 5) cursussen, gespreksgroepen en therapie [49]. Voorlopig blijkt echter dat het merendeel van de interventiestudies tegen eenzaamheid niet het gewenste effect hadden. Een pasklare oplossing voor eenzaamheid, laat staan voor emotionele eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten, bestaat er tot op heden niet. **Het is daarom van groot belang om succesvolle interventies tegen eenzaamheid in kaart te brengen, uit te breiden en te implementeren** [98].

Naast de stijging in emotionele eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten zagen we ook een lichte stijging in de prevalentie van depressie bij oudere kankerpatiënten. Over depressie bij oudere kankerpatiënten is nog maar weinig gekend [22]. Zo blijft de prevalentie van depressie en de evolutie van depressieve gevoelens onderbelicht, maar ook de barrières die patiënt en zorgverlener ervaren om hulp te zoeken of te krijgen. Zelfs het vaststellen van depressie bij oudere kankerpatiënten is niet eenvoudig. Depressieve symptomen kunnen moeilijk te onderscheiden zijn van andere problemen die geassocieerd zijn met kanker zoals pijn, angst of aanpassing aan de kankerdiagnose. Bij oudere kankerpatiënten kan de diagnose van depressie bovendien nog extra bemoeilijkt worden doordat klachten van depressie bij ouderen zich vaak uiten in minder stemmingsgerelateerde symptomen maar vooral in concentratie en geheugenklachten, klachten over vermoeidheid en gebrek aan initiatief [23]. **Er is dus nood aan meer kennis om oudere kankerpatiënten met depressie te identificeren, informeren en behandelen.** Verdere opvolging van **de Klimop-studie moet uitwijzen of de toename in depressie bij oudere kankerpatiënten zich voortzet en welke screeningsinstrumenten een rol kunnen spelen in de identificatie** van oudere kankerpatiënten met depressie, zoals vermoeidheid als pre-screening of de Distress Barometer.

De Distress Barometer blijkt een nuttig instrument te zijn om mensen met een verhoogde kans op psychosociale problemen te identificeren. Zo voorspelden één of meer items van de Distress Barometer de kans op het ontstaan van emotionele eenzaamheid, depressie, achteruitgang en vooruitgang in kwaliteit van leven en cognitieve status. Bovendien werd de Distress Barometer ontwikkeld en gevalideerd met als doel de communicatie over distress-beleving tussen arts en patiënt te stimuleren en te optimaliseren [15]. Bijgevolg kan de Distress Barometer ook faciliterend zijn in de communicatie tussen zorgverlener en patiënt wat betreft behandeling en verwachtingen. Verder onderzoek moet uijwijken **of de Distress Barometer gebruikt kan worden om de evolutie van psychosociale problemen te monitoren.**

De resultaten van deze studie moeten echter met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Zoals elke studie valt ook deze studie ten prooi aan selectiebias. Deelname aan de studie is vrijwillig en bijgevolg is er al sprake van selectie bij de inclusie; mensen kiezen er zelf voor of ze al dan niet willen meewerken. Ook zes maanden en één jaar later treedt er selectie op, niet iedereen wil nog meewerken aan de studie. In totaal weigerde 12% van de populatie verder mee te werken aan de studie. Hierbij kunnen we wellicht spreken van het “*healthy worker effect*” waarbij de personen die aan de studie blijven meewerken over het algemeen gezonder zijn dan de personen die niet langer meewerken omdat die te ziek of te “oud” zijn. Verder zijn de aantallen op T2 (één jaar) nog klein, 62 oudere kankerpatiënten, 99 jongere kankerpatiënten en 98 ouderen zonder kanker. Dit heeft gevolgen voor de weergave van de resultaten. Zo is de prevalentie van depressie op T0, T1 en T2 gebaseerd op een andere populatie dan wanneer longitudinaal de verandering in het voorkomen van depressie werd weergegeven. Voor de prevalentie tellen alle personen mee van wie op een gegeven moment gegevens beschikbaar zijn, hetzij T0, T1 of T2. Voor longitudinale analyses tellen enkel die personen mee van wie gegevens beschikbaar zijn op alle meetmomenten. Verdere opvolging van het cohort zal dit probleem deels verhelpen. Het blijft echter zo dat verschillende onderdelen van de gegevensverzameling niet evident zijn, waardoor deze gegevens zullen ontbreken voor een selectieve groep patiënten. Zo is de coping vragenlijst bijvoorbeeld erg conceptueel en vaak te moeilijk voor oudere of erg zieke mensen. Ook de depressieschaal is niet altijd evident om af te nemen. De vraag “heeft u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?” is bijvoorbeeld niet altijd gepast. Bijgevolg zal het aantal patiënten voor wie gegevens beschikbaar zijn op alle tijdstippen verschillen van vragenlijst tot vragenlijst.

Deze beperkingen zijn helaas inherent aan elk observationeel cohort onderzoek, we moeten ons hiervan bewust zijn, maar om het met de woorden van Roosevelt te zeggen “*Do what you can, with what you have, where you are*”.

Er blijven dus nog heel wat vragen onbeantwoord: Zal eenzaamheid bij oudere patiënten met kanker blijven toenemen? Welke gevolgen heeft dit voor het welzijn van de patiënten? Wat kunnen we hieraan doen? Zal de stijging in depressie zich voortzetten? Blijven kankerpatiënten last hebben van distress? Kan de Distress Barometer gebruikt worden om psychosociale problemen te monitoren?

Het verder opvolgen van dit cohort is cruciaal om deze vragen te beantwoorden en op basis daarvan de zorg voor en begeleiding van oudere kankerpatiënten verder op punt te stellen.

NUTTIGE BRONNEN

INSTRUMENTEN:

- Daem M, Piron C, Lardennois M, et al. Opzetten van een databank met gevalideerde meetinstrumenten: BEST-project. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en leefmilieu, 2007.
<http://www.health.belgium.be/eportal>

- Bulteel L, Gobert M, Piron C, et al. Actualiseren van de bestaande BeST-databank & aanvullen van de bestaande BeST-databank met nieuwe schalen. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009.
<http://www.health.belgium.be/eportal>

- Wildiers H, Kenis C. Practice Guideline: Comprehensive Geriatric Assessment in oncological patients. SIOG, 2011
www.siog.org

PRAKTISCHE RICHTLIJNEN:

- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology:
 - o Senior adult oncology
 - o Distress management
 - o Cancer related fatigue
 - o Survivorship
- <http://www.nccn.org>**

LIJST VAN AFKORTINGEN

T0	Baseline meting
T1	Meting na zes maande
T2	Meting na één jaar
ADL	Activities of daily living
CGA	Comprehensive geriatric assessment
DB	Distress barometer
GDS-15	Geriatric depression scale
IADL	Instrumental activities of daily living
MMSE	Mini mental state examination
OR	Odds ratio
UCL	The Utrecht Coping List

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1. In- en exclusiecriteria	8
Tabel 2. Inhoud van de gegevensverzameling (zie Appendix 1)	10
Tabel 3. Kenmerken van de populatie en beschrijving van de covariabelen op T0	16
Tabel 4. Follow-up en mortaliteit tussen T0, T1 en T2	19
Tabel 5. Leefsituatie bij oudere kankerpatiënten op T0, T1 en T2	21
Tabel 6. De verandering in leefsituatie bij oudere kankerpatiënten van T0 → T1 en van T0 → T2	22
Tabel 7. Cross-sectioneel: de leefsituatie op T0	24
Tabel 8. Longitudinaal: de verandering in leefsituatie van T0 → T1	26
Tabel 9. De kans op depressie (≥ 5) bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker	31
Tabel 10. Kenmerken op T0 die de kans op depressie op T1 voorspellen	34
Tabel 11. Kenmerken op T0 die de kans op depressie op T2 voorspellen	35
Tabel 12. De kans op emotionele eenzaamheid (≥ 2) bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker	41
Tabel 13. Kenmerken op T0 die de kans op emotionele eenzaamheid op T1 voorspellen	45
Tabel 14. Kenmerken op T0 die de kans op emotionele eenzaamheid op T2 voorspellen	46
Tabel 15. De kans op sociale eenzaamheid (≥ 2) bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker	49
Tabel 16. Kenmerken op T0 die de kans op sociale eenzaamheid op T1 voorspellen.....	51
Tabel 17. Kenmerken op T0 die de kans op sociale eenzaamheid op T2 voorspellen.....	52
Tabel 18. De kans op distress (≥ 4) bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker	59
Tabel 19. Kenmerken op T0 die distress op T2 voorspellen.....	62
Tabel 20. Verschil in gemiddelde kwaliteit van leven bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker	68
Tabel 21. Kenmerken op T0 die de kans op verslechtering in kwaliteit van leven tussen T0 en T1 voorspellen.....	72
Tabel 22. Kenmerken op T0 die de kans op verslechtering in kwaliteit van leven tussen T0 en T2 voorspellen.....	73
Tabel 23. Kenmerken op T0 die de kans op verbetering in kwaliteit van leven tussen T0 en T1 voorspellen	74
Tabel 24. Kenmerken op T0 die de kans op verbetering in kwaliteit van leven tussen T0 en T2 voorspellen	75
Tabel 25. Verschil in de gemiddelde score voor cognitief functioneren bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker	83

Tabel 26. Kenmerken op T0 die verslechtering in cognitief functioneren op T1 voorspellen	86
Tabel 27. Kenmerken op T0 die verslechtering in cognitief functioneren (EORTC QLQ-C30) op T2 voorspellen.....	87
Tabel 28. Kenmerken van de oudere kankerpatiënten niet meer in de studie na één jaar.....	115
Tabel 29. Kenmerken van jongere kankerpatiënten niet meer in de studie na één jaar.....	116
Tabel 30. Kenmerken van ouderen zonder kanker niet meer in de studie na één jaar.....	117
Tabel 31. Cross-sectioneel: de leefsituatie op T0, T1 en T2 bij oudere kankerpatiënte (oudere KP), jongere kankerpatiënten (jongere KP) en ouderen zonder kanker (ouderen ZK)	119
Tabel 32. Longitudinaal: de verandering in leefsituatie van T0→T1 en van T0→T2 bij oudere kankerpatiënten (oudere KP), jongere kankerpatiënten (jongere KP) en ouderen zonder kanker (ouderen ZK)	121
Tabel 33. De kans op totale eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker	125
Tabel 34. Kenmerken op T0 die totale eenzaamheid op T1 voorspellen.....	127
Tabel 35. Kenmerken op T0 die totale eenzaamheid op T2 voorspellen	128
Tabel 36. Wens om met iemand te spreken, nood aan medische informatie of ondersteuning.....	131

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1. Studieopzet.....	7
Figuur 2. Depressie (≥ 5) bij oudere kankerpatiënten op T0, T1 en T2.....	29
Figuur 3. Verandering in depressie van T0 \rightarrow T1 en van T0 \rightarrow T2 bij oudere kankerpatiënten	30
Figuur 4. Depressie (≥ 5) op T0, T1 en T2	31
Figuur 5. Verandering in depressie van T0 \rightarrow T1.....	32
Figuur 6. Verandering in depressie van T0 \rightarrow T2.....	33
Figuur 7. Emotionele eenzaamheid (≥ 2) op T0, T1 en T2 bij oudere kankerpatiënten	39
Figuur 8. Verandering in emotionele eenzaamheid van T0 \rightarrow T1 en van T0 \rightarrow T2 bij oudere kankerpatiënten	40
Figuur 9. Emotionele eenzaamheid (≥ 2) op T0, T1 en T2	42
Figuur 10. Verandering in emotionele eenzaamheid van T0 \rightarrow T1	43
Figuur 11. Verandering in emotionele eenzaamheid van T0 \rightarrow T2	43
Figuur 12. Sociale eenzaamheid (≥ 2) op T0, T1 en T2 bij oudere kankerpatiënten.....	47
Figuur 13. Verandering in sociale eenzaamheid van T0 \rightarrow T1 en van T0 \rightarrow T2 bij oudere kankerpatiënten.....	48
Figuur 14. Sociale eenzaamheid (≥ 2) op T0, T1 en T2	49
Figuur 15. Verandering in sociale eenzaamheid van T0 \rightarrow T1	50
Figuur 16. Verandering in sociale eenzaamheid van T0 \rightarrow T2	50
Figuur 17. Distress (≥ 4) bij oudere kankerpatiënten op T0 en T2.....	56
Figuur 18. Klachten op T0 bij oudere kankerpatiënten.....	57
Figuur 19. Klachten op T2 bij oudere kankerpatiënten.....	57
Figuur 20. Verandering in distress van T0 \rightarrow T2 bij oudere kankerpatiënten	58
Figuur 21. Distress (≥ 4) op T0 en T2	60
Figuur 22. Verandering in distress van T0 \rightarrow T2.....	61
Figuur 23. Kwaliteit van leven bij oudere kankerpatiënten op T0, T1 en T2.....	65
Figuur 24. Verandering in kwaliteit van leven van T0 \rightarrow T1 en van T0 \rightarrow T2 bij oudere kankerpatiënten.....	66
Figuur 25. Kwaliteit van leven op T0, T1 en T2.....	68
Figuur 26. Verandering in kwaliteit van leven van T0 \rightarrow T1	69
Figuur 27. Verandering in kwaliteit van leven van T0 \rightarrow T2.....	70
Figuur 28. Evolutie van cognitief functioneren (overgenomen van Ahles et al [87])	77
Figuur 29. Cognitieve problemen (< 24) op T0, T1 en T2.....	79
Figuur 30. Cognitief functioneren (EORTC QLQ-C30) op T1, T2 en T3 bij oudere kankerpatiënten	81

Figuur 31. Verandering in cognitief functioneren van T0 → T1 en van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten.....	82
Figuur 32. Cognitief functioneren op T0, T1 en T2	83
Figuur 33. Verandering in cognitief functioneren van T0 → T1	84
Figuur 34. Verandering in cognitief functioneren van T0 → T2	84
Figuur 35. Copingstijlen bij oudere kankerpatiënten op T0, T1 en T2.....	91
Figuur 36. Copingstijlen bij jongere kankerpatiënten op T0, T1 en T2	91
Figuur 37. Copingstijlen bij ouderen zonder kanker op T0, T1 en T2	91
Figuur 38. Verandering in het gebruik van de copingstijl sociale steun zoeken van T0 → T1	92
Figuur 39. Verandering in het gebruik van de copingstijl sociale steun zoeken van T0 → T2	92
Figuur 40. Verandering in het gebruik van de copingstijl palliatieve reactie van T0 → T1	93
Figuur 41. Verandering in het gebruik van de copingstijl palliatieve reactie van T0 → T2	93
Figuur 42. Verandering in het gebruik van de copingstijl vermijden en afwachten van T0 → T1	94
Figuur 43. Verandering in het gebruik van de copingstijl vermijden en afwachten van T0 → T2	94
Figuur 44. Verandering in het gebruik van de copingstijl probleem actief aanpakken van T0 → T1	95
Figuur 45. Verandering in het gebruik van de copingstijl probleem actief aanpakken van T0 → T2	95
Figuur 46. Totale eenzaamheid op T0, T1 en T bij oudere kankerpatiënten	123
Figuur 47. Verandering in (totale) eenzaamheid van T0 → T1 en van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten	124
Figuur 48. Totale eenzaamheid op T0, T1 en T2	124
Figuur 49. Verandering in eenzaamheid van T0 → T1	125
Figuur 50. Verandering in eenzaamheid van T0 → T2	126
Figuur 51. Klachten op T0 bij jongere kankerpatiënten.....	129
Figuur 52. Klachten op T0 bij oudere kankerpatiënten.....	129
Figuur 53. Klachten op T0 bij ouderen zonder kanker	129
Figuur 54. Klachten op T2 bij jongere kankerpatiënten.....	130
Figuur 55. Klachten op T2 bij oudere kankerpatiënten.....	130
Figuur 56. Klachten op T2 bij ouderen zonder kanker	130

APPENDIX 1. GEGEVENSVERZAMELING

FUNCTIONELE STATUS: ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL): BARTHEL INDEX

1. Heeft u ongewild verlies van ontlasting? nee soms ja
2. Heeft u ongewild verlies van urine? nee soms ja
3. Heeft u hulp nodig bij het verzorgen van uw gezicht, tanden, haar of scheren?
 Volledig hulp nodig
 Zelfstandig
4. Heeft u hulp nodig bij een toiletbezoek?
 Volledig hulp nodig
 Weinig hulp nodig
 Zelfstandig
5. Heeft u hulp nodig bij bereiden (snijden en smeren) van uw eten?
 Volledig hulp nodig
 Weinig hulp nodig
 Zelfstandig
6. Kunt u zelfstandig kleine stukjes lopen in uw huis, bijvoorbeeld van het bed naar de stoel en terug?
 Niet toe in staat
 Veel hulp nodig
 Weinig hulp nodig
 Zelfstandig
7. Op welke manier beweegt u zich in het huis?
 Niet toe in staat
 Zelfstandig in een rolstoel
 lopen met hulp van een ander
 Zelfstandig, eventueel met gebruik van een hulpmiddel (stok, rollator)
8. Heeft u hulp nodig bij het aan- en uikleden?
 U heeft hier volledig hulp bij nodig
 Kan ongeveer de helft zelf
 Zelfstandig
9. Heeft u hulp nodig bij het trappen lopen?
 Niet toe in staat
 Met hulp
 Zelfstandig
10. Heeft u hulp nodig bij het douchen of baden?
 U heeft hier hulp bij nodig
 Zelfstandig

FUNCTIONELE STATUS: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL): LAWTON IADL SCALE


1. Telefoneren
 - U belt zelfstandig naar anderen op eigen initiatief
 - U neemt de telefoon op maar belt niet zelf naar anderen
 - U gebruikt de telefoon helemaal niet
2. Vervoer (verder dan loopafstand)
 - U reist zelfstandig met openbaar vervoer, taxi of bestuurt eigen auto
 - U krijgt hulp bij het reizen met de taxi of auto
 - U reist helemaal niet buitenshuis
3. Boodschappen doen
 - U kunt zelfstandig alle nodige boodschappen doen
 - U doet de kleine boodschappen zelf en krijgt hulp bij de andere boodschappen
 - U bent niet in staat om de boodschappen te doen
4. Eigen maaltijden bereiden
 - U kunt zelfstandig maaltijden bereiden en opdienen
 - U kunt de bereide maaltijden opwarmen en opdienen
 - De maaltijden worden voor u bereid en opgediend
5. Huishoudelijk werk
 - U zorgt alleen voor het huishoudelijk werk of krijgt hulp bij het zware huishoudelijke werk
 - U doet licht huishoudelijk werk (zoals de vaat doen, het bed opmaken) zelf en krijgt hulp bij alle andere huishoudelijke taken
 - U doet geen huishoudelijk werk
6. Kleine reparaties in huis
 - U doet kleine reparaties thuis
 - U krijgt hulp bij kleine reparaties thuis
 - U doet thuis geen kleine reparaties.
7. Zelf de was doen
 - U wast uw eigen linnengoed
 - U was het kleine linnengoed zelf maar krijgt hulp bij het zwaarder linnengoed (zoals lakens of handdoeken)
 - De was wordt door anderen gedaan
8. Zelf medicatie innemen
 - U neemt zelfstandig de medicijnen in op het gewenste uur en in de voorgeschreven dosis
 - U neemt zelfstandig de medicijnen in die door een ander zijn klaargelegd
 - U kunt de medicijnen niet zelfstandig innemen
9. Zelf geld beheren
 - U regelt zelfstandig de financiële zaken (budget, betaalt de huur)
 - U doet de dagelijkse aankopen zelfstandig maar u heeft hulp nodig bij het beheer van de bankrekening
 - U regelt de geldzaken niet zelfstandig

DEPRESSIE: 15-ITEM GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-15)

Deze vragenlijst bestaat uit vragen waarop u met "Ja" of "Nee" kunt antwoorden. Het is de bedoeling dat u de vragen leest en bedenkt welk antwoord u hierop zult geven. U geeft het antwoord dat het best weergeeft hoe u zich de afgelopen week, met vandaag erbij, gevoeld heeft.

	Ja	Nee
1. Bent u, over het geheel genomen, tevreden met uw leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bent u opgehouden met veel van uw interesses en activiteiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heeft u het gevoel dat uw leven leeg is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verveelt u zich vaak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Heeft u meestal een goed humeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Voelt u zich meestal gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Voelt u zich vaak hulpeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blijft u liever thuis, dan dat u uitgaat en nieuwe dingen doet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vindt u dat u meer moeite hebt met uw geheugen dan anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vindt u het fijn om te leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Voelt u zich momenteel nogal waardeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Voelt u zich energiek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Heeft u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COGNITIEVE STATUS: MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Max. score	Score
Oriëntatie in ruimte en tijd	
1	In welk jaartal zijn we?
1	In welk seizoen?
1	In welke maand?
1	Welke dag is het vandaag?
1	De hoeveelste is het vandaag?
1	In land leven wij?
1	In welke provincie zijn we?
1	In welke stad zijn we?
1	In welk hospitaal/centrum zijn we?
1	Op welke verdieping zijn we?
Inprentingvermogen	
3	Ik noem drie woorden. Als ik ze gezegd heb, moet u ze alle drie herhalen (sigaar, bloem, deur)? Als de persoon ze niet correct herhaalt, zeg ze dan opnieuw voor en herhaal tot 6 maal. Tel hiervoor geen punten. Aantal pogingen: Onthoud deze woorden, want ik ga ze straks nog eens vragen.
Aandacht	
5	A. Wilt u van het getal 100 aftrekken. Van de uitkomst trekt u dan telkens weer 7 af en zo verder tot ik "stop" zeg. (93, 86, 79, 72, 65). Elke correcte aftrekking levert 1 punt op. Wanneer de eerste berekening fout is, wordt dit als foutief aangerekend maar wel gecorrigeerd. Dan vraagt u "Hoeveel is 93-7? Vanaf dan vraagt u: "En verder?" B. Wilt u het woord "dorst" van achteren naar voren spellen? 1 punt voor elke correcte letter op de juiste plaats. (TSROD) Zowel als A en B worden afgenomen. Vergelijk scores A en B en behoud enkel de hoogste scores. Schrap de andere en tel die niet mee in de eindscore.
Geheugen	
3	Wat waren de drie woorden die u moest onthouden? (Sigaar, bloem, deur) (1 punt per juist woord)
Taal	
1	Wat is dit? Wijs een horloge aan.
1	Wat is dit? Wijs een potlood aan.
1	Wilt u de volgende zin herhalen "Geen als, en of maar".
3	Neem dit stuk papier met uw rechterhand, vouw het in twee en leg het op de grond.
1	Lees wat op dit papier staat en doe wat uw gevraagd wordt. Hou het papier omhoog, waarop staat 'Sluit uw ogen'.
1	Kan u een zin opschrijven? De zin moet een onderwerp hebben en betekenis hebben. Fouten in grammatica en spelling worden niet beoordeeld.
Constructieve vaardigheid	
1	Kan u deze figuur natekenen? 
	Toon de twee vijfhoeken. Voor een correct antwoord moeten er tien hoeken zijn, waarvan er twee mekaar kruisen.
30	TOTAALSCORE

EENZAAMHEID: DE EENZAAMHEIDSSCHAAL VAN DE JONG – GIERVELD

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis een echt goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar een leegte om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis gezelligheid om me heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis mensen om me heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak voel ik me in de steek gelaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KWALITEIT VAN LEVEN : EORTC QLQ-C30



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Wij zijn geïnteresseerd in bepaalde dingen over u en uw gezondheid. Wilt u alle vragen zelf beantwoorden door het getal te omcirkelen dat het meest op u van toepassing is. Er zijn geen "juiste" of "onjuiste" antwoorden. De informatie die u geeft zal strikt vertrouwelijk worden behandeld.

Wilt u uw initialen invullen:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Uw geboortedatum (Dag, Maand, Jaar):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

De datum van vandaag (Dag, Maand, Jaar):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
1. Heeft u moeite met het doen van inspannende activiteiten zoals het dragen van een zware boodschappentas of een koffer?	1	2	3	4
2. Heeft u moeite met het maken van een <u>lange</u> wandeling?	1	2	3	4
3. Heeft u moeite met het maken van een <u>korte</u> wandeling buitenshuis?	1	2	3	4
4. Moet u overdag in bed of op een stoel blijven?	1	2	3	4
5. Heeft u hulp nodig met eten, aankleden, uzelf wassen of naar het toilet gaan?	1	2	3	4

Gedurende de afgelopen week:

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
6. Was u beperkt bij het doen van uw werk of andere dagelijkse bezigheden?	1	2	3	4
7. Was u beperkt in het uitoefenen van uw hobby's of bij andere bezigheden die u in uw vrije tijd doet?	1	2	3	4
8. Was u kortademig?	1	2	3	4
9. Heeft u pijn gehad?	1	2	3	4
10. Had u behoefte om te rusten?	1	2	3	4
11. Heeft u moeite met slapen gehad?	1	2	3	4
12. Heeft u zich slap gevoeld?	1	2	3	4
13. Heeft u gebrek aan eetlust gehad?	1	2	3	4
14. Heeft u zich misselijk gevoeld?	1	2	3	4

Wilt u a.u.b. naar de volgende bladzijde gaan

Gedurende de afgelopen week:	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
15. Heeft u overgegeven?	1	2	3	4
16. Had u last van obstipatie? (was u verstopt?)	1	2	3	4
17. Had u diarree?	1	2	3	4
18. Was u moe?	1	2	3	4
19. Heeft pijn u gehinderd in uw dagelijkse bezigheden?	1	2	3	4
20. Heeft u moeite gehad met het concentreren op dingen, zoals een krant lezen of televisie kijken?	1	2	3	4
21. Voelde u zich gespannen?	1	2	3	4
22. Maakte u zich zorgen?	1	2	3	4
23. Voelde u zich prikkelbaar?	1	2	3	4
24. Voelde u zich neerslachtig?	1	2	3	4
25. Heeft u moeite gehad met het herinneren van dingen?	1	2	3	4
26. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling uw <u>familieleven</u> in de weg gestaan?	1	2	3	4
27. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling u belemmerd in uw <u>sociale</u> bezigheden?	1	2	3	4
28. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling financiële moeilijkheden met zich meegebracht?	1	2	3	4

Wilt u voor de volgende vragen het getal tussen 1 en 7 omcirkelen dat het meest op u van toepassing is

29. Hoe zou u uw algehele gezondheid gedurende de afgelopen week beoordelen?

1 2 3 4 5 6 7

Erg slecht

Uitstekend

30. Hoe zou u uw algehele "kwaliteit van het leven" gedurende de afgelopen week beoordelen?

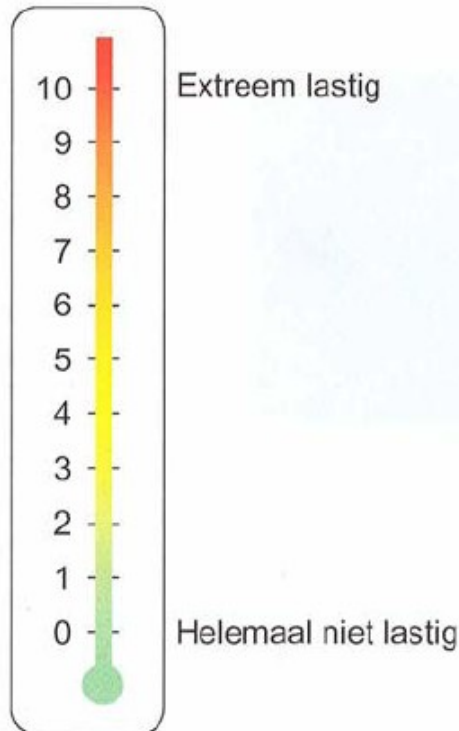
1 2 3 4 5 6 7

Erg slecht

Uitstekend

DISTRESS: DISTRESS BAROMETER

A. Hoe lastig is de voorbije week voor u geweest?
Duid aan met een kruisje op de thermometer



B. Hieronder staat een lijst met problemen waar u tegenwoordig misschien last kan van hebben.
Duid aub met een kruisje aan in welke mate u er last van ondervindt.

Ik heb de laatste tijd last van:	helemaal niet	weinig	nogal wat	veel	erg veel
Pijn					
Andere lichamelijke problemen					
Nervositeit, gespannenheid					
Concentratie- en/of geheugenklachten					
Gevoelens van angst					
Zorgen over partner of familie					
Gevoelens van verdriet					
Kwaadheid					
Zingevingvragen: bv nadenken over zin van leven, ...					
Andere problemen:					

C. Ik wens over deze problemen met iemand te spreken:

- neen ja Zo ja, met wie? arts verpleegkundige psycholoog
 sociaal verpleegkundige ander: ...

Ik heb de laatste tijd nood aan: meer medische informatie meer ondersteuning

COPING STRATEGIE: UTRECHTSE COPING LIJST

	Zelden of nooit	Soms	Vaak	Zeer vaak
Toegeven om moeilijke situaties te vermijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U neerleggen bij de gang van zaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw zorgen met iemand delen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afleiding zoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een probleem van alle kanten bekijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand om hulp vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zaken eerst op een rij zetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw gevoelens tonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troost en begrip zoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laten merken dat u ergens mee zit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIJN: VISUAL ANALOG SCALE

Heeft u afgelopen week problemen ondervonden van ongewone vermoeidheid?

Welke score zou u geven van nul (helemaal geen probleem) tot 10 (erg veel last van vermoeidheid)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Helemaal geen vermoeidheid

Erg veel last van vermoeidheid

VERMOEIDHEID: VISUAL ANALOG SCALE

Welk nummer beschrijft uw ergste pijnen uit de laatste 24 uur, van nul (geen pijn) tot 10 (ergste pijn die men zich kan inbeelden)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Helemaal geen pijn

Erg veel last van pijn

APPENDIX 2. SELECTIEBIAS

Tabel 28. Kenmerken van de oudere kankerpatiënten niet meer in de studie na één jaar

	Gezien na één jaar		Lost na één jaar		Overleden na één jaar		Nog niet gezien na één jaar		overslaan na één jaar	
	N = 65		N = 32		N = 18		N = 99		N = 4	
Leeftijd op T0										
Gemiddelde (SD)	77.40	(5.33)	77.63	(4.65)	76.17	(4.79)	77.88	(6.45)	72.50	(3.70)
Totaal	65		32		18		99		4	
Geslacht										
Man	18	28%	6	19%	7	39%	10	10%	2	50%
Vrouw	47	72%	26	81%	11	61%	89	90%	2	50%
Totaal	65		32		18		99		4	
Burgerlijke stand										
Ongehuwd	8	13%	1	3%	2	13%	4	4%	0	0%
Gehuwd/samenwonend	33	55%	16	52%	9	56%	50	54%	3	75%
Weduwe/weduwenaar	18	30%	13	42%	5	31%	33	36%	1	25%
Gescheiden	1	2%	0	0%	0	0%	5	5%	0	0%
Andere	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	60		31		16		92		4	
Depressie T0										
Niet depressief	49	89%	25	86%	13	87%	67	84%	4	100%
Depressief	6	11%	4	14%	2	13%	13	16%	0	0%
Totaal	55		29		15		80		4	
Distress T0										
Geen distress	11	27%	8	35%	4	33%	20	39%	1	25%
Distress	30	73%	15	65%	8	67%	31	61%	3	75%
Totaal	41		23		12		51		4	
Cognitieve status T0										
Geen cognitieve problemen	41	93%	20	83%	11	92%	46	84%	3	75%
Cognitieve problemen	3	7%	4	17%	1	8%	9	16%	1	25%
Totaal	44		24		12		55		4	
Kwaliteit van leven T0										
Gemiddelde (SD)	67.46	(20.48)	68.12	(25.58)	53.47	(21.16)	67.48	(18.73)	66.67	(11.79)
Totaal	42		23		12		51		4	
Totale eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	32	68%	16	76%	8	62%	56	84%	1	33%
Eenzaam	15	32%	5	24%	5	38%	11	16%	2	67%
Totaal	47		21		13		67		3	
Emotionele eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	28	60%	16	76%	8	62%	51	77%	1	33%
Eenzaam	19	40%	5	24%	5	38%	15	23%	2	67%
Totaal	47		21		13		66		3	

	Gezien na één jaar		Lost na één jaar		Overleden na één jaar		Nog niet gezien na één jaar		overslaan na één jaar	
	N = 65		N = 32		N = 18		N = 99		N = 4	
Sociale eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	43	90%	19	90%	10	77%	66	94%	3	100%
Eenzaam	5	10%	2	10%	3	23%	4	6%	0	0%
Totaal	48		21		13		70		3	
Functionele status T0										
Onafhankelijk	32	53%	21	68%	5	31%	45	51%	2	50%
Afhankelijk	28	47%	10	32%	11	69%	43	49%	2	50%
Totaal	60		31		16		88		4	

Tabel 29. Kenmerken van jongere kankerpatiënten niet meer in de studie na één jaar

	Gezien na één jaar		Lost na één jaar		Overleden na één jaar		Nog niet gezien na één jaar		overslaan na één jaar	
Leeftijd op T0										
Gemiddelde (SD)	60.17	(5.36)	61.08	(6.13)	60.68	(5.53)	59.82	(5.45)	60.00	(4.19)
Totaal	109		26		19		114		10	
Geslacht										
Man	27	25%	2	8%	13	68%	21	19%	2	20%
Vrouw	82	75%	24	92%	6	32%	92	81%	8	80%
Totaal	109		26		19		113		10	
Burgerlijke stand										
Ongehuwd	4	4%	1	4%	1	5%	6	6%	1	10%
Gehuwd/samenwonend	85	78%	18	69%	14	74%	90	84%	8	80%
Weduwe/weduwenaar	7	6%	5	19%	1	5%	5	5%	1	10%
Gescheiden	13	12%	2	8%	3	16%	5	5%	0	0%
Andere	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
Totaal	109		26		19		107		10	
Depressie T0										
Niet depressief	91	90%	23	100%	14	88%	79	83%	10	100%
Depressief	10	10%	0	0%	2	13%	16	17%	0	0%
Totaal	101		23		16		95		10	
Distress T0										
Geen distress	31	30%	7	29%	6	32%	35	33%	5	50%
Distress	74	70%	17	71%	13	68%	72	67%	5	50%
Totaal	105		24		19		107		10	
Cognitieve status T0										
Geen cognitieve problemen	108	99%	25	100%	15	83%	103	99%	9	90%
Cognitieve problemen	1	1%	0	0%	3	17%	1	1%	1	10%
Totaal	109		25		18		104		10	
Kwaliteit van leven T0										
Gemiddelde (SD)	70.08	19.15	67.67	16.89	54.39	20.29	67.52	17.66	71.67	13.72
Totaal	105		25		19		107		10	

	Gezien na één jaar		Lost na één jaar		Overleden na één jaar		Nog niet gezien na één jaar		overslaan na één jaar	
Totale eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	90	87%	18	75%	10	63%	71	73%	8	80%
Eenzaam	13	13%	6	25%	6	38%	26	27%	2	20%
Totaal	103		24		16		97		10	
Emotionele eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	84	82%	16	70%	10	63%	59	66%	9	90%
Eenzaam	19	18%	7	30%	6	38%	31	34%	1	10%
Totaal	103		23		16		90		10	
Sociale eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	94	91%	22	92%	18	100%	85	86%	9	90%
Eenzaam	9	9%	2	8%	0	0%	14	14%	1	10%
Totaal	103		24		18		99		10	
Functionele status T0										
Onafhankelijk	96	88%	22	85%	12	63%	84	76%	10	100%
Afhankelijk	13	12%	4	15%	7	37%	26	24%	0	0%
Totaal	109		26		19		110		10	

Tabel 30. Kenmerken van ouderen zonder kanker niet meer in de studie na één jaar

	Gezien na één jaar		Lost na één jaar		Overleden na één jaar		Nog niet gezien na één jaar		overslaan na één jaar	
Leeftijd op T0										
Gemiddelde (SD)	78.16	5.33	78.31	5.03	81.20	8.29	79.36	5.72	78.21	5.15
Totaal	105		32		5		113		14	
Geslacht										
Man	40	38%	14	44%	4	80%	32	28%	5	36%
Vrouw	65	62%	18	56%	1	20%	81	72%	9	64%
Totaal	105		32		5		113		14	
Burgerlijke stand										
Ongehuwd	3	3%	0	0%	0	0%	6	5%	0	0%
Gehuwd/samenwonend	70	67%	21	66%	3	60%	60	54%	11	79%
Weduwe/weduwenaar	30	29%	11	34%	2	40%	44	39%	3	21%
Gescheiden	1	1%	0	0%	0	0%	2	2%	0	0%
Andere	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	104		32		5		112		14	
Depressie T0										
Niet depressief	89	89%	27	87%	3	75%	91	83%	13	93%
Depressief	11	11%	4	13%	1	25%	19	17%	1	7%
Totaal	100		31		4		110		14	
Distress T0										
Geen distress	64	62%	20	65%	4	80%	65	59%	12	86%
Distress	39	38%	11	35%	1	20%	46	41%	2	14%
Totaal	103		31		5		111		14	

	Gezien na één jaar		Lost na één jaar		Overleden na één jaar		Nog niet gezien na één jaar		overslaan na één jaar	
Cognitieve status T0										
Geen cognitieve problemen	96	92%	27	84%	3	60%	97	88%	13	93%
Cognitieve problemen	8	8%	5	16%	2	40%	13	12%	1	7%
Totaal	104		32		5		110		14	
Kwaliteit van leven T0										
Gemiddelde (SD)	73.30	19.47	71.51	16.77	65.00	23.86	70.05	18.88	80.95	15.82
Totaal	103		31		5		111		14	
Totale eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	62	62%	19	61%	2	50%	60	56%	10	71%
Eenzaam	38	38%	12	39%	2	50%	48	44%	4	29%
Totaal	100		31		4		108		14	
Emotionele eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	58	59%	19	63%	2	50%	62	57%	10	71%
Eenzaam	41	41%	11	37%	2	50%	46	43%	4	29%
Totaal	99		30		4		108		14	
Sociale eenzaamheid T0										
Niet eenzaam	74	76%	22	71%	3	60%	75	69%	11	79%
Eenzaam	24	24%	9	29%	2	40%	33	31%	3	21%
Totaal	98		31		5		108		14	
Functionele status T0										
Onafhankelijk	58	56%	14	44%	0	0%	55	50%	4	29%
Afhankelijk	46	44%	18	56%	5	100%	56	50%	10	71%
Totaal	104		32		5		111		14	

APPENDIX 3. LEEFSITUATIE CROSS-SECTIONEEL

Tabel 31. Cross-sectioneel: de leefsituatie op T0, T1 en T2 bij oudere kankerpatiënte (oudere KP), jongere kankerpatiënten (jongere KP) en ouderen zonder kanker (ouderen ZK)

	T0						T1						T2					
	Jongere KP N = 278		Oudere KP N = 218		Ouderen ZK N = 269		Jongere KP N = 167		Oudere KP N = 127		Ouderen ZK N = 137		Jongere KP N = 99		Oudere KP N = 62		Ouderen ZK N = 98	
Woonsituatie																		
Alleen	38	14%	63	29%	84	31%	21	13%	26	20%	33	24%	16	16%	17	27%	31	32%
Samen met partner	166	60%	117	54%	147	55%	83	50%	69	54%	66	48%	59	60%	31	50%	51	52%
Samen met kinderen/andere	69	25%	19	9%	30	11%	42	25%	14	11%	17	12%	24	24%	9	15%	13	13%
Rusthuis	0	0%	11	5%	7	3%	0	0%	6	5%	0	0%	0	0%	4	6%	1	1%
Missing	5	2%	8	4%	1	0%	21	13%	12	9%	21	15%	0	0%	1	2%	2	2%
Aanwezigheid van mantelzorger																		
Partner	163	59%	70	32%	81	30%	89	53%	44	35%	49	36%	63	64%	15	24%	33	34%
Andere	46	17%	89	41%	85	32%	28	17%	44	35%	30	22%	15	15%	32	52%	19	19%
Niemand	47	17%	29	13%	99	37%	29	17%	19	15%	36	26%	21	21%	11	18%	43	44%
Missing	22	8%	30	14%	4	1%	21	13%	20	16%	22	16%	0	0%	4	6%	3	3%
Samenwonend met mantelzorger																		
Ja	162	58%	82	38%	96	36%	97	58%	48	38%	57	42%	69	70%	18	29%	44	45%
Nee	81	29%	107	49%	156	58%	41	25%	58	46%	46	34%	25	25%	38	61%	48	49%
Missing	35	13%	29	13%	17	6%	29	17%	21	17%	34	25%	5	5%	6	10%	6	6%
Zelf mantelzorger voor wie																		
Niemand	188	68%	151	69%	195	72%	128	77%	98	77%	96	70%	81	82%	45	73%	81	83%
Partner	14	5%	22	10%	34	13%	4	2%	9	7%	7	5%	4	4%	6	10%	10	10%
Andere	55	20%	7	3%	32	12%	14	8%	2	2%	4	3%	11	11%	3	5%	2	2%

APPENDIX 4. LEEFSITUATIE LONGITUDINAAL

Tabel 32. Longitudinaal: de verandering in leefsituatie van T0→T1 en van T0→T2 bij oudere kankerpatiënten (oudere KP), jongere kankerpatiënten (jongere KP) en ouderen zonder kanker (ouderen ZK)

	T0 → T1						T0 → T2					
	Jongere KP N = 278		Oudere KP N = 218		Ouderen ZK N = 269		Jongere KP N = 99		Oudere KP N = 62		Ouderen ZK N = 98	
Woonsituatie												
Blijft onveranderd	142	97%	107	96%	112	97%	96	97%	56	97%	90	94%
Wordt alleenwonend	3	2%	0	0%	3	3%	2	2%	1	2%	4	4%
Wordt samenwonend	1	1%	3	3%	1	1%	1	1%	0	0%	1	1%
Gaat naar rusthuis	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
Totaal	146		111		116		99		58		96	
Aanwezigheid van mantelzorger												
Er blijft een mantelzorger in beeld	93	68%	80	75%	52	46%	64	67%	40	71%	39	42%
Er komt een mantelzorger in beeld	19	14%	7	7%	25	22%	12	13%	5	9%	13	14%
De mantelzorger verdwijnt	17	13%	7	7%	12	11%	14	15%	6	11%	12	13%
Geen mantelzorger	7	5%	12	11%	24	21%	6	6%	5	9%	29	31%
Totaal	136		106		113		96		56		93	
Zelf mantelzorger												
Blijft zelf mantelzorger	11	8%	8	8%	7	7%	5	5%	4	8%	5	5%
Wordt zelf mantelzorger	6	4%	2	2%	3	3%	9	10%	5	10%	6	7%
Is niet langer zelf mantelzorger	25	19%	7	7%	17	16%	17	18%	7	14%	22	24%
Zelf geen mantelzorger	93	69%	86	83%	77	74%	61	66%	35	69%	58	64%
Totaal	135		103		104		92		51		91	
Professionele hulp												
Blijft hulp krijgen	33	20%	34	48%	55	42%	17	17%	25	60%	43	44%

	T0 → T1						T0 → T2					
	Jongere KP		Oudere KP		Ouderen ZK		Jongere KP		Oudere KP		Ouderen ZK	
	N = 278		N = 218		N = 269		N = 99		N = 62		N = 98	
Heeft niet langer hulp nodig	15	9%	9	13%	14	11%	8	8%	4	10%	9	9%
Heeft nu wel hulp nodig	46	29%	10	14%	10	8%	32	31%	4	10%	10	10%
Krijgt geen professionele hulp	67	42%	18	25%	51	39%	46	45%	9	21%	36	37%
Totaal	161		71		130		103		42		98	

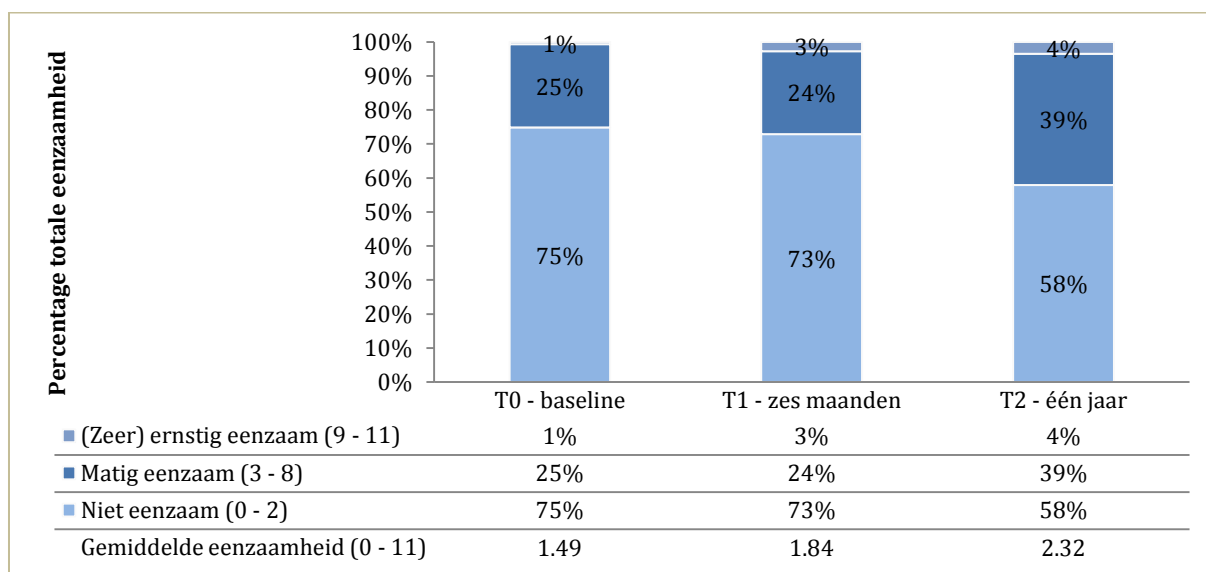
APPENDIX 5. TOTALE EENZAAMHEID

CROSS-SECTIONNEEL: PREVALENTIE VAN TOTALE EENZAAMHEID OP T0, T1 EN T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

De prevalentie van totale eenzaamheid werd berekend op volgende aantallen

- T0 - baseline: 151 oudere kankerpatiënten
- T1 - na zes maanden: 107 oudere kankerpatiënten
- T2 - na één jaar: 57 oudere kankerpatiënten

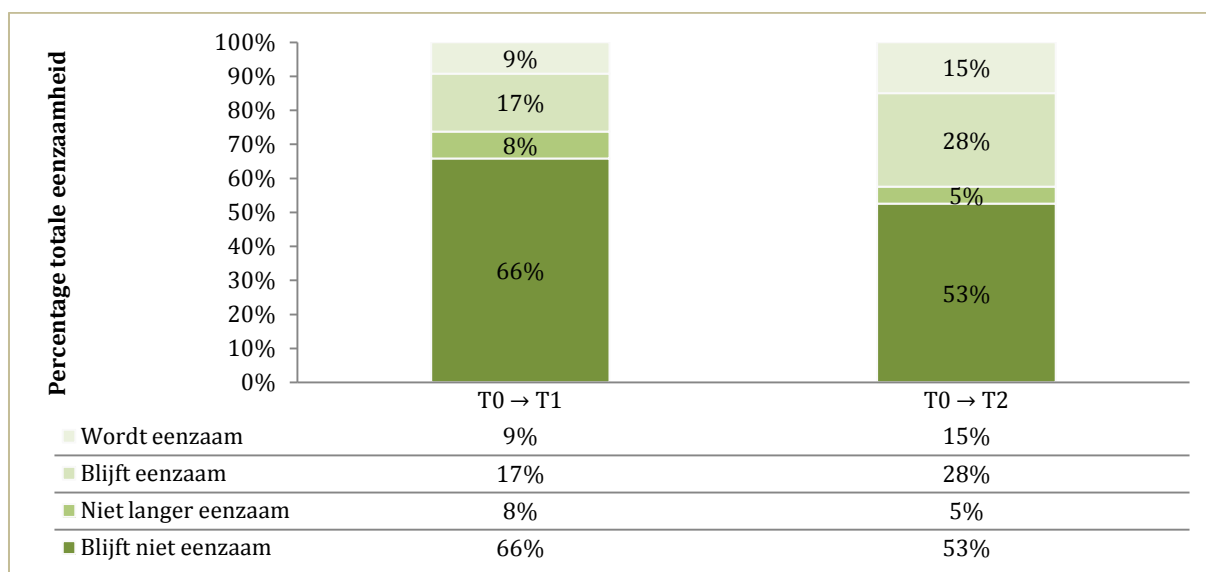
Figuur 46. Totale eenzaamheid op T0, T1 en T bij oudere kankerpatiënten



LONGITUDINAAL: VERANDERING IN TOTALE EENZAAMHEID VAN T0 → T1 EN VAN T1 → T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN

Bij het presenteren van verandering van eenzaamheid van T0 naar T1 telden enkel die patiënten mee van wie we gegevens hadden op beide tijdstippen. Dit waren 76 oudere kankerpatiënten. Op dezelfde manier werden er 40 oudere kankerpatiënten opgenomen in de analyses voor de verandering in eenzaamheid van T0 naar T2.

Figuur 47. Verandering in (totale) eenzaamheid van T0 → T1 en van T0 → T2 bij oudere kankerpatiënten

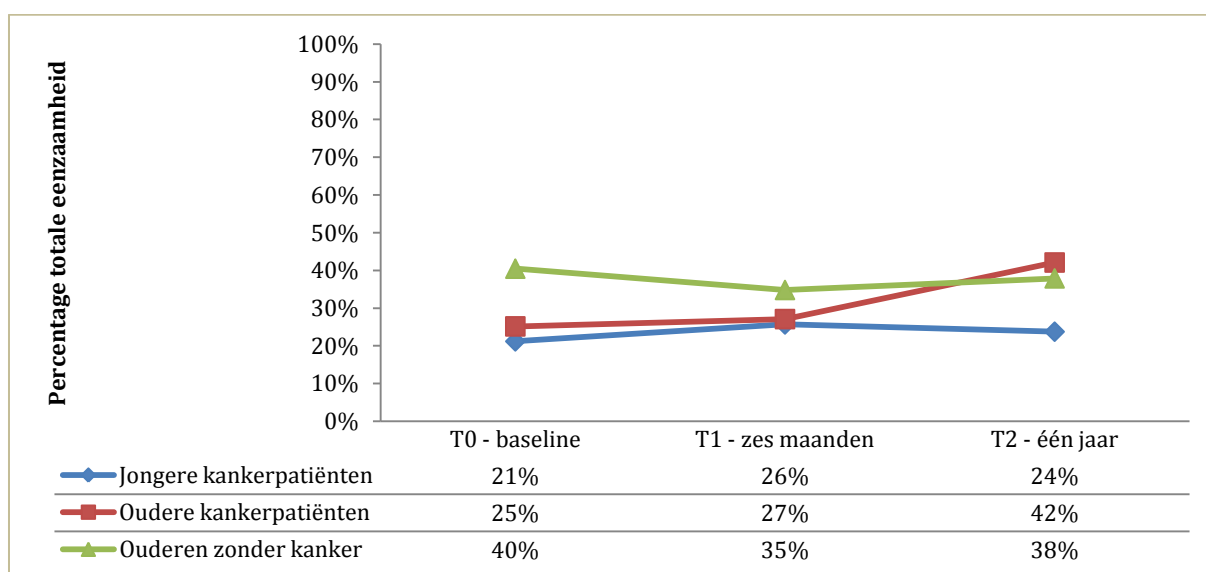


CROSS-SECTIONNEEL: PREVALENTIE VAN TOTALE EENZAAMHEID OP T0, T1 EN T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN, JONGERE KANKERPATIËNTEN EN OUDEREN ZONDER KANKER

De prevalentie van eenzaamheid werd berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 - baseline	250	151	257
T1 - zes maanden	144	107	112
T2 - één jaar	101	57	95

Figuur 48. Totale eenzaamheid op T0, T1 en T2



Tabel 33. De kans op totale eenzaamheid bij oudere kankerpatiënten in vergelijking met jongere kankerpatiënten en in vergelijking met ouderen zonder kanker

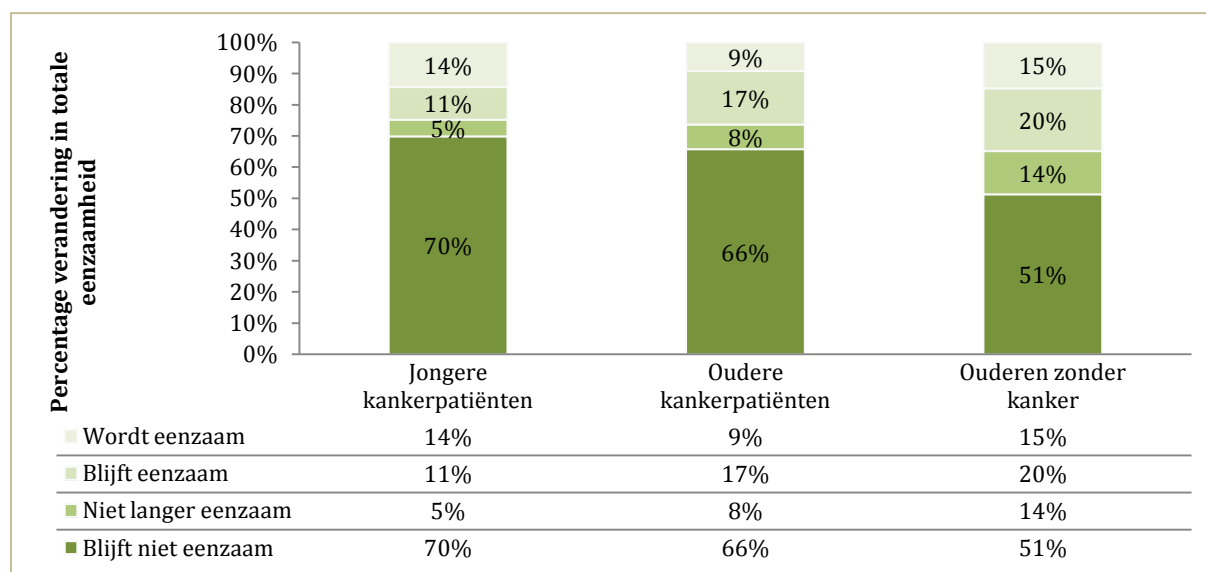
	Effect van veroudering Jongere kankerpatiënten		REFERENTIE Oudere kankerpatiënten	Effect van kanker Ouderen zonder kanker	
	OR	95% BI		OR	95% BI
Eenzaamheid op T0	0.80	(0.50 - 1.29)		2.02	(1.30 - 3.15)
Eenzaamheid op T1	0.93	(0.53 - 1.64)		1.44	(0.81 - 2.56)
Eenzaamheid op T2	0.43	(0.21 - 0.86)		0.84	(0.43 - 1.64)

LONGITUDINAAL: VERANDERING IN TOTALE EENZAAMHEID VAN T0 → T1 EN VAN T0 → T2 BIJ OUDERE KANKERPATIËNTEN, JONGERE KANKERPATIËNTEN EN OUDEREN ZONDER KANKER

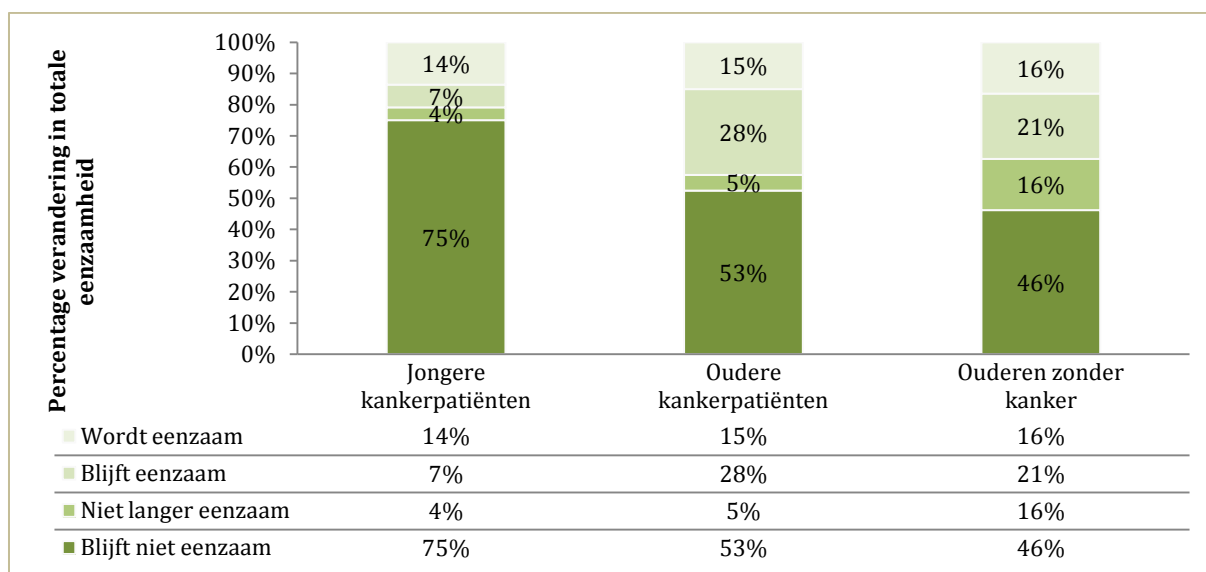
Verandering van totale eenzaamheid van T0 naar T1 en van T0 naar T2 werd berekend op volgende aantallen:

	Jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar)	Oudere kankerpatiënten (≥ 70 jaar)	Ouderen zonder kanker (≥ 70 jaar)
T0 → T1	133	76	109
T0 → T2	96	40	91

Figuur 49. Verandering in eenzaamheid van T0 → T1



Figuur 50. Verandering in eenzaamheid van T0 → T2



LONGITUDINAAL: VOORSPELLERS VOOR HET ONTSTAAN VAN TOTALE EENZAAMHEID OP T1 EN T2

Tabel 34. Kenmerken op T0 die totale eenzaamheid op T1 voorspellen

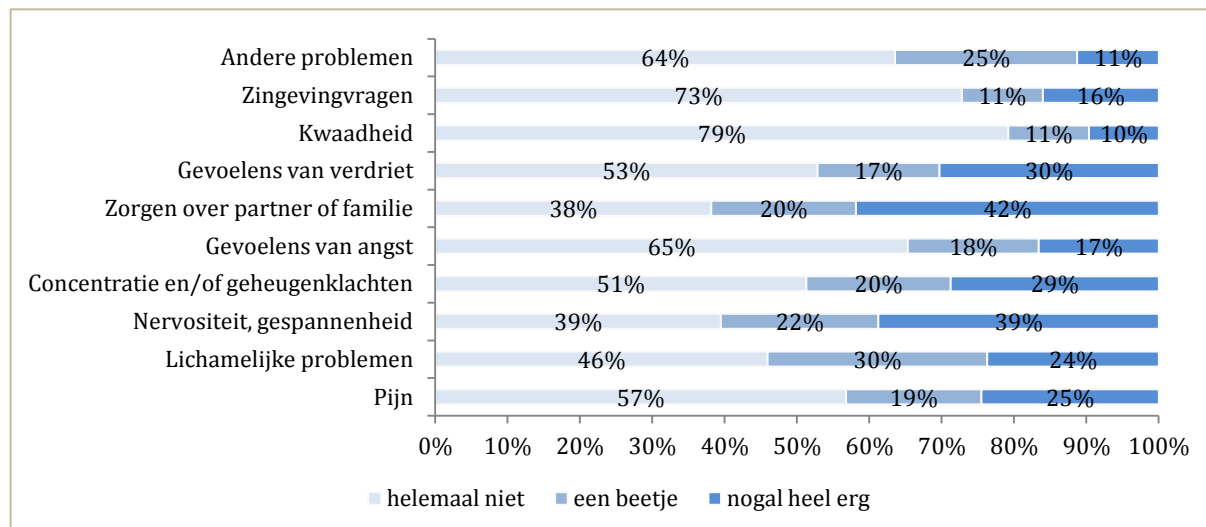
	N	%	OR	95% BI
Eenzaam op T1	205	71%		
Niet eenzaam op T1	84	29%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	49	17%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	131	45%	1.48	(0.62 - 3.55)
- Ouderen zonder kanker	109	38%	1.92	(0.76 - 4.83)
Geslacht				
- Man	87	30%	1	Referentie
- Vrouw	202	70%	0.83	(0.43 - 1.60)
Eenzaamheid op T0				
- Niet eenzaam op T0	216	75%	1	Referentie
- Eenzaam op T0	73	25%	6.98	(3.66 - 13.30)
Last van concentratieproblemen/geheugenklachten				
- Helemaal niet	185	64%	1	Referentie
- Een beetje	66	23%	2.45	(1.22 - 4.91)
- Nogal, veel, erg veel	38	13%	1.19	(0.48 - 2.94)
Hoe lastig was de voorbije week				
- 0 – 3	133	46%	1	Referentie
- ≥4	156	54%	2.36	(1.20 - 4.67)
Last van andere problemen				
- Helemaal niet	187	65%	1	Referentie
- Een beetje	64	22%	0.77	(0.36 - 1.68)
- Nogal, veel, erg veel	38	13%	2.31	(0.95 - 5.64)

Tabel 35. Kenmerken op T0 die totale eenzaamheid op T2 voorspellen

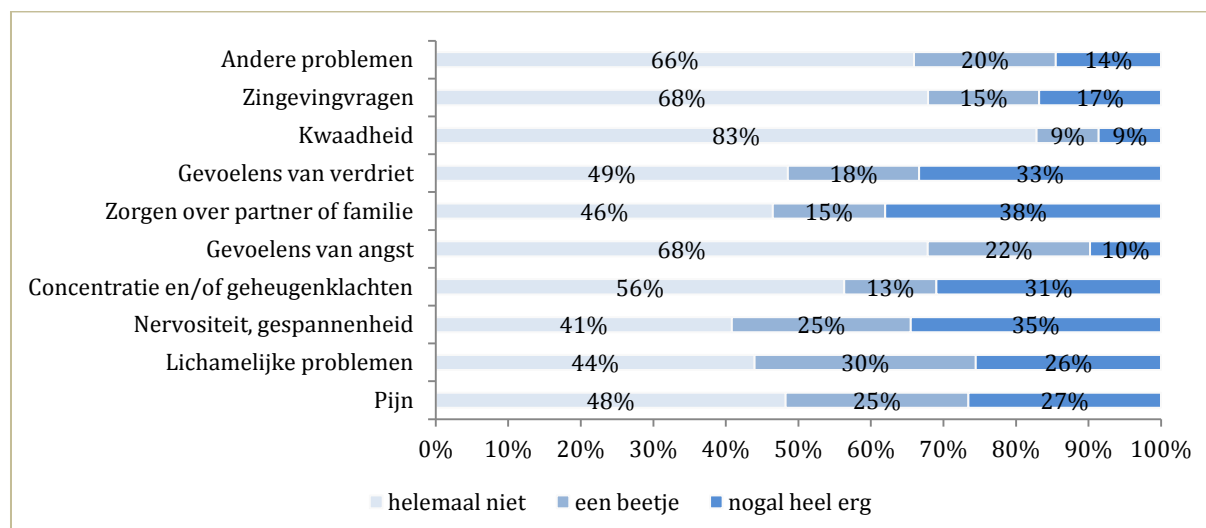
	N	%	OR	95% BI
Eenzaam op T2	156	70%		
Niet eenzaam op T2	68	30%		
Patiëntgroep				
- Oudere kankerpatiënten	37	17%	1	Referentie
- Jongere kankerpatiënten	96	43%	0.94	(0.34 - 2.65)
- Ouderen zonder kanker	91	41%	1.16	(0.43 - 3.10)
Geslacht				
- Man	69	31%	1	Referentie
- Vrouw	155	69%	1.21	(0.54 - 2.70)
Eenzaamheid op T0				
- Niet eenzaam op T0	167	75%	1	Referentie
- Eenzaam op T0	57	25%	7.60	(3.44 - 16.79)
Woonsituatie				
- Alleen	52	23%	1	Referentie
- Samen met partner	124	55%	0.25	(0.11 - 0.59)
- Samen met kinderen/andere	48	21%	0.32	(0.11 - 0.89)
- Rusthuis	0	0%	leeg	
Last van zorgen				
- Helemaal niet	91	41%	1	Referentie
- Een beetje	49	22%	2.36	(0.89 - 6.28)
- Nogal, veel, erg veel	84	38%	4.07	(1.71 - 9.70)
Cognitieve status (gemeten met de MMSE)				
- Geen cognitieve problemen	215		1	Referentie
- Cognitieve problemen	9		7.74	(1.21 - 49.63)
Vermoeidheid				
- 0 - 3	114		1	Referentie
- ≥4	110		2.69	(1.30 - 5.57)

APPENDIX 6. KLACHTEN DISTRESS

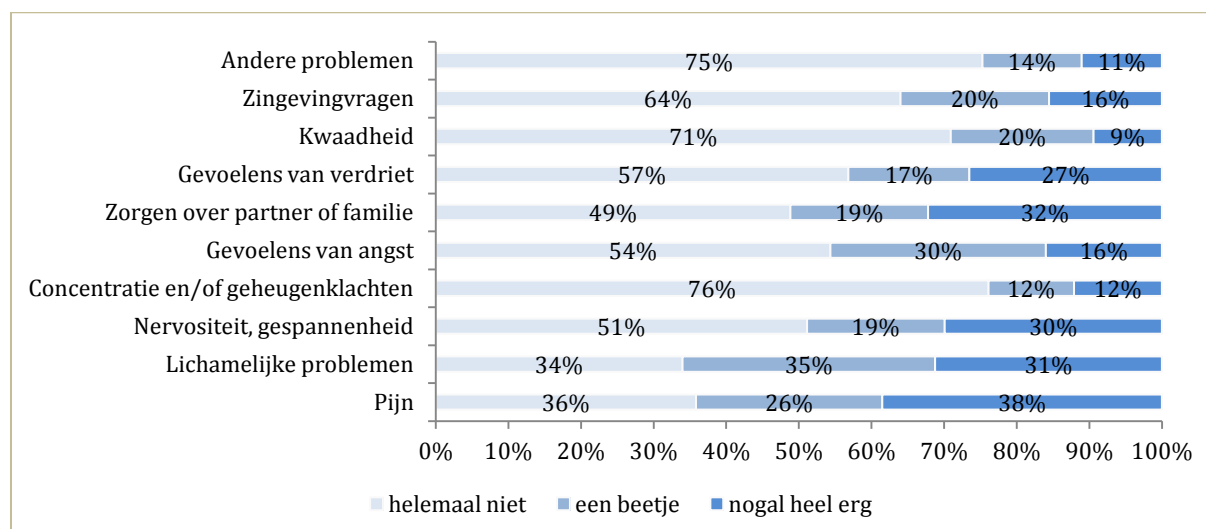
Figuur 51. Klachten op T0 bij jongere kankerpatiënten

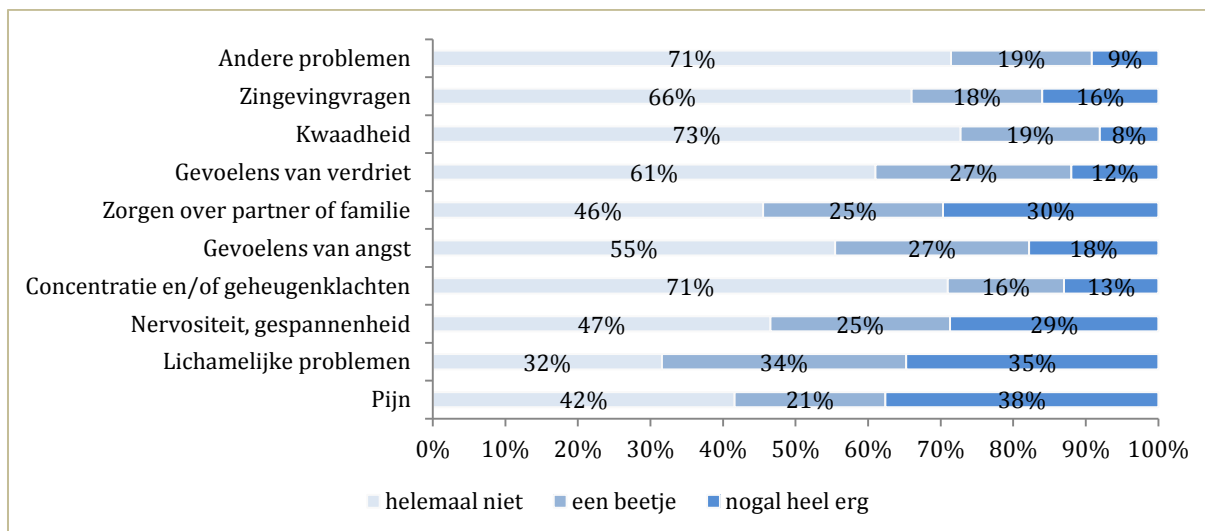
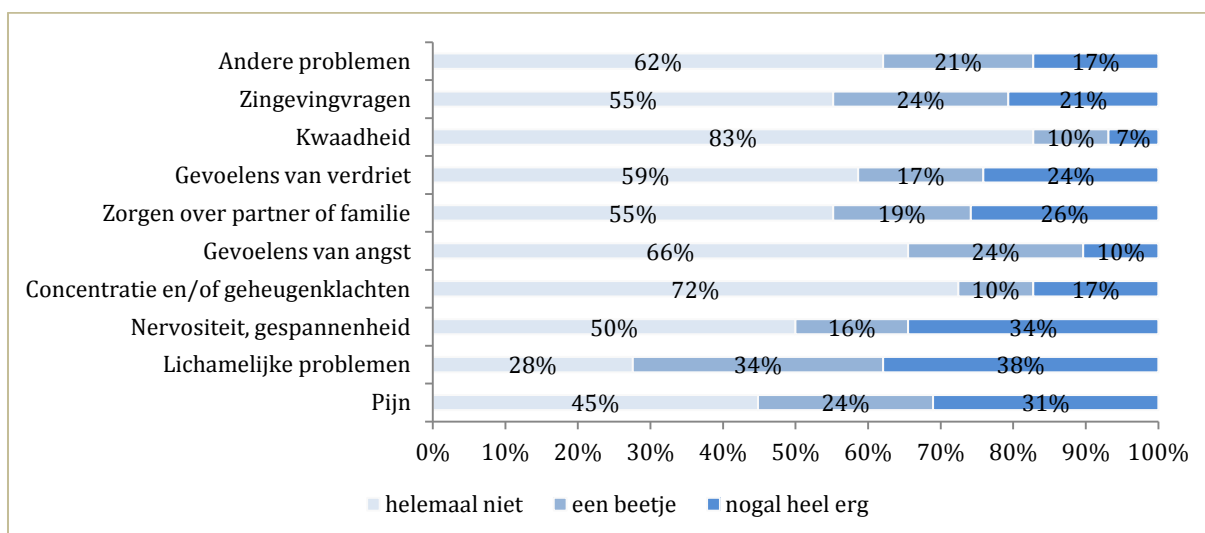
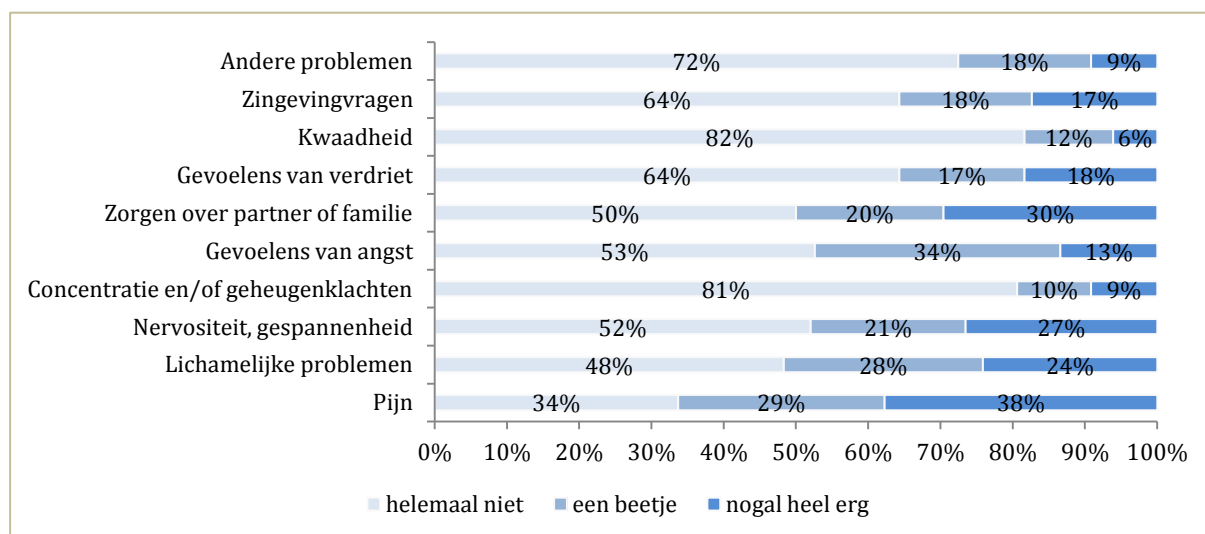


Figuur 52. Klachten op T0 bij oudere kankerpatiënten



Figuur 53. Klachten op T0 bij ouderen zonder kanker



Figuur 54. Klachten op T2 bij jongere kankerpatiënten**Figuur 55. Klachten op T2 bij oudere kankerpatiënten****Figuur 56. Klachten op T2 bij ouderen zonder kanker**

Tabel 36. Wens om met iemand te spreken, nood aan medische informatie of ondersteuning

	T0 - baseline						T2 - één jaar					
	Jongere kankerpatiënten N = 250		Oudere kankerpatiënten N = 127		Ouderen zonder kanker N = 259		Jongere kankerpatiënten N = 89		Oudere kankerpatiënten N = 52		Ouderen zonder kanker N = 71	
Wenst te spreken met iemand over zijn/haar problemen												
Arts	10	4%	6	5%	17	7%	7	8%	3	6%	0	0%
Verpleegkundige	7	3%	1	1%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
Psycholoog	9	4%	0	0%	1	0%	4	4%	0	0%	1	1%
Sociaal verpleegkundige	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Andere	11	4%	5	4%	11	4%	1	1%	2	4%	3	4%
Nood aan medische informatie												
Nee	205	82%	109	86%	236	91%	76	85%	47	90%	66	93%
Ja	45	18%	18	14%	23	9%	13	15%	5	10%	5	7%
Nood aan ondersteuning												
Ja	225	90%	114	90%	236	91%	80	90%	49	94%	70	99%
Nee	25	10%	13	10%	23	9%	9	10%	3	6%	1	1%

REFERENTIES

- [1] Balducci L. Supportive care in elderly cancer patients. *Curr Opin Oncol* 2009;**21** (4):310-317 (10.1097/CCO.0b013e32832b4f25).
- [2] Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol* 1999;**54** (3):165-181.
- [3] Yancik R, Havlik RJ, Wesley MN, *et al.* Cancer and comorbidity in older patients: a descriptive profile. *Ann Epidemiol* 1996;**6** (5):399-412.
- [4] Ferlay J, Autier P, Boniol M, *et al.* Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007;**18** (3):581-592 (mdl498 [pii] 10.1093/annonc/mdl498).
- [5] Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, *et al.* Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med* 1999;**341** (27):2061-2067.
- [6] Brunello A, Loaldi E, Balducci L. Dose adjustment and supportive care before and during treatment. *Cancer Treat Rev* 2009;**35** (6):493-498 (S0305-7372(09)00057-7 [pii] 10.1016/j.ctrv.2009.04.009).
- [7] Deckx L, van Abbema D, Nelissen K, *et al.* Study protocol of KLIMOP: a cohort study on the wellbeing of older cancer patients in Belgium and the Netherlands. *BMC Public Health* 2011;**11**:825 (10.1186/1471-2458-11-825).
- [8] Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;**14**:61-65.
- [9] Collin C, Wade DT, Davies S, *et al.* The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1988;**10** (2):61-63.
- [10] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;**9** (3):179-186.
- [11] Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;**17** (1):37-49.
- [12] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;**12** (3):189-198 (0022-3956(75)90026-6 [pii]).
- [13] De Jong-Gierveld J, Kamphuis F. The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement* 1985;**9** (3):289-299.
- [14] Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;**85** (5):365-376.

- [15] Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, *et al.* The 'Distress Barometer': validation of method of combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale. *Psychooncology* 2009;**18** (5):534-542 (10.1002/pon.1425).
- [16] Sanderman R, Ormel J. De Utrechtse Coping Lijst (UCL): validiteit en betrouwbaarheid [The Utrecht Coping List (UCL): validity and precision]. *Gedrag en Gezondheid* 1992;**20** (1):32-37.
- [17] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, *et al.* A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;**40** (5):373-383.
- [18] Gisle L, Hesse E, Driessens S, *et al.* Gezondheidsenquête België, 2008. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid 2010.
- [19] Paquay L, De Lepeleire J, Schoenmakers B, *et al.* The Qualidem project in Belgium. A two-center study on care needs and provision in dementia care: inclusion criteria and description of the population. *Arch Public Health* 2004(62):125-142.
- [20] Spoletini I, Gianni W, Repetto L, *et al.* Depression and cancer: an unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;**65** (2):143-155 (S1040-8428(07)00230-2 [pii] 10.1016/j.critrevonc.2007.10.005).
- [21] Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patient: fatigue, pain, and depression. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004(32):150-157 (10.1093/jncimonographs/lgh031 2004/32/150 [pii]).
- [22] Weinberger MI, Bruce ML, Roth AJ, *et al.* Depression and barriers to mental health care in older cancer patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;**26** (1):21-26 (10.1002/gps.2497).
- [23] Labisi O. Suicide risk assessment in the depressed elderly patient with cancer. *J Gerontol Soc Work* 2006;**47** (1-2):17-25.
- [24] Harrington CB, Hansen JA, Moskowitz M, *et al.* It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *International journal of psychiatry in medicine* 2010;**40** (2):163-181.
- [25] Carr D, Goudas L, Lawrence D, *et al.* Management of cancer symptoms: pain, depression, and fatigue. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2002(61):1-5.
- [26] Weinberger MI, Roth AJ, Nelson CJ. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist* 2009;**14** (1):60-66 (theoncologist.2008-0147 [pii] 10.1634/theoncologist.2008-0147).
- [27] Reich M. Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches. *Curr Opin Oncol* 2008;**20** (4):353-359 (10.1097/CCO.0b013e3282fc734b [doi] 00001622-200807000-00002 [pii]).
- [28] Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, *et al.* Depression--an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2009;**113** (1-2):127-132 (S0165-0327(08)00150-X [pii] 10.1016/j.jad.2008.04.002 [doi]).

- [29] Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;**28** (5):396-402 (S0163-8343(06)00091-0 [pii]
10.1016/j.genhosppsy.2006.05.006).
- [30] Freyer G, Geay JF, Touzet S, *et al.* Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advanced ovarian carcinoma: a GINECO study. *Ann Oncol* 2005;**16** (11):1795-1800 (mdi368 [pii]
10.1093/annonc/mdi368).
- [31] Daem M, Piron C, Lardennois M, *et al.* Opzetten van een databank met gevalideerde meetinstrumenten: BEST-project. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en leefmilieu2007.
- [32] Wildiers H, Kenis C. Practice Guideline: Comprehensive Geriatric Assessment in oncological patients. SIOG; 2011; Available from: <http://www.siog.org/>.
- [33] Lyness JM, Noel TK, Cox C, *et al.* Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Intern Med* 1997;**157** (4):449-454.
- [34] Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004(32):57-71 (10.1093/jncimonographs/lgh014
2004/32/57 [pii]).
- [35] Luciani A, Jacobsen PB, Extermann M, *et al.* Fatigue and functional dependence in older cancer patients. *American journal of clinical oncology* 2008;**31** (5):424-430 (10.1097/COC.0b013e31816d915f).
- [36] Wedding U, Koch A, Rohrig B, *et al.* Depression and functional impairment independently contribute to decreased quality of life in cancer patients prior to chemotherapy. *Acta oncologica* 2008;**47** (1):56-62 (10.1080/02841860701460541).
- [37] Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman AT, *et al.* Association of depression and gender with mortality in old age. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Br J Psychiatry* 2000;**177**:336-342.
- [38] Mohile SG, Fan L, Reeve E, *et al.* Association of cancer with geriatric syndromes in older Medicare beneficiaries. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2011;**29** (11):1458-1464 (10.1200/JCO.2010.31.6695).
- [39] Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;**3**:2 (1745-0179-3-2 [pii]
10.1186/1745-0179-3-2).
- [40] Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, *et al.* Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2007;**33** (2):118-129 (S0885-3924(06)00588-4 [pii]
10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016).
- [41] Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984;**46** (3):199-212.

- [42] Friedman B, Heisel MJ, Delavan RL. Psychometric properties of the 15-item geriatric depression scale in functionally impaired, cognitively intact, community-dwelling elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2005;**53** (9):1570-1576 [JGS53461 [pii] 10.1111/j.1532-5415.2005.53461.x).
- [43] Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akizuki N, *et al.* Depression and survival in patients with non-small cell lung cancer after curative resection: a preliminary study. *Cancer Sci* 2006;**97** (3):199-205 [CAS [pii] 10.1111/j.1349-7006.2006.00160.x).
- [44] Stillely CS, Bender CM, Dunbar-Jacob J, *et al.* The impact of cognitive function on medication management: three studies. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 2010;**29** (1):50-55 (10.1037/a0016940).
- [45] Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, *et al.* Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 2006;**21** (1):140-151 (10.1037/0882-7974.21.1.140).
- [46] Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;**23** (12):1213-1221 (10.1002/gps.2054).
- [47] Derks W, Leeuw JR, Hordijk GJ, *et al.* Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer. *Clin Otolaryngol* 2005;**30** (2):186-192 [COA938 [pii] 10.1111/j.1365-2273.2004.00938.x).
- [48] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™: Distress management. 2013 [21 March 2013]; Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
- [49] van Tilburg T, de Jong Gierveld J, editors. Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum Uitgeverij; 2007.
- [50] Cacioppo JT, Hawkey LC, Crawford LE, *et al.* Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosomatic medicine* 2002;**64** (3):407-417.
- [51] Pressman SD, Cohen S, Miller GE, *et al.* Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychol* 2005;**24** (3):297-306 (10.1037/0278-6133.24.3.297).
- [52] Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 1980;**39** (3):472-480.
- [53] Penninx BW, van Tilburg T, Kriegsman DM, *et al.* Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Am J Epidemiol* 1997;**146** (6):510-519.
- [54] Hensley B, Martin P, Margrett JA, *et al.* Life Events and Personality Predicting Loneliness Among Centenarians: Findings From the Georgia Centenarian Study. *J Psychol* 2011;**146** (1-2):173-188 (10.1080/00223980.2011.613874).

- [55] Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging* 2010;**25** (2):453-463 (10.1037/a0017216).
- [56] de Jong Gierveld JvT, T. . Manual of the loneliness scale. . *Department of Social Research Methodology, Amsterdam* 1999.
- [57] Gierveld Jde J, van Groenou MB, Hoogendoorn AW, *et al.* Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences* 2009;**64** (4):497-506 (10.1093/geronb/gbn043).
- [58] Drageset J, Eide GE, Kirkevold M, *et al.* Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of clinical nursing* 2013;**22** (1-2):106-114 (10.1111/j.1365-2702.2012.04209.x).
- [59] Rosedale M. Survivor loneliness of women following breast cancer. *Oncology nursing forum* 2009;**36** (2):175-183 (10.1188/09.ONF.175-183).
- [60] Partridge AH, Wang PS, Winer EP, *et al.* Nonadherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2003;**21** (4):602-606.
- [61] Brown KW, Levy AR, Rosberger Z, *et al.* Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic medicine* 2003;**65** (4):636-643.
- [62] Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, *et al.* Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psycho-oncology* 2004;**13** (11):792-799 (10.1002/pon.796).
- [63] Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, *et al.* Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 2005;**103** (7):1494-1502 (10.1002/cncr.20940).
- [64] Tuinman MA, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JE. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer* 2008;**113** (4):870-878 (10.1002/cncr.23622).
- [65] Couture M, Lariviere N, Lefrancois R. Psychological distress in older adults with low functional independence: a multidimensional perspective. *Archives of gerontology and geriatrics* 2005;**41** (1):101-111 (10.1016/j.archger.2004.12.004).
- [66] Bottomley A, Flechtner H, Efficace F, *et al.* Health related quality of life outcomes in cancer clinical trials. *European journal of cancer* 2005;**41** (12):1697-1709 (10.1016/j.ejca.2005.05.007).
- [67] Pasetto LM, Falci C, Compostella A, *et al.* Quality of life in elderly cancer patients. *Eur J Cancer* 2007;**43** (10):1508-1513 (S0959-8049(07)00002-0 [pii] 10.1016/j.ejca.2006.11.023).
- [68] Pasetto LM, Lise M, Monfardini S. Preoperative assessment of elderly cancer patients. *Critical reviews in oncology/hematology* 2007;**64** (1):10-18 (10.1016/j.critrevonc.2007.08.001).
- [69] Byrne C, Griffin A, Blazeby J, *et al.* Health-related quality of life as a valid outcome in the treatment of advanced colorectal cancer. *Eur J Surg Oncol* 2007;**33 Suppl 2**:S95-104 (10.1016/j.ejso.2007.10.003).

- [70] Sartipy U. Influence of gender on quality of life after lung surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2010;**37** (4):802-806 (10.1016/j.ejcts.2009.09.041).
- [71] Di Maio M. Quality of life in elderly patients with cancer. *Health Qual Life Outcomes* 2003;**1** (44).
- [72] Baumann R, Putz C, Rohrig B, *et al.* Health-related quality of life in elderly cancer patients, elderly non-cancer patients and an elderly general population. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2009;**18** (5):457-465 (ECC975 [pii] 10.1111/j.1365-2354.2008.00975.x).
- [73] Wedding U, Rohrig B, Klippstein A, *et al.* Co-morbidity and functional deficits independently contribute to quality of life before chemotherapy in elderly cancer patients. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2007;**15** (9):1097-1104 (10.1007/s00520-007-0228-9).
- [74] Esbensen BA, Osterlind K, Roer O, *et al.* Quality of life of elderly persons with newly diagnosed cancer. *European journal of cancer care* 2004;**13** (5):443-453 (10.1111/j.1365-2354.2004.00546.x).
- [75] Schmidt CE, Bestmann B, Kuchler T, *et al.* Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer. *World J Surg* 2005;**29** (2):190-197 (10.1007/s00268-004-7556-4).
- [76] Parker PA, Baile WF, de Moor C, *et al.* Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-oncology* 2003;**12** (2):183-193 (10.1002/pon.635).
- [77] Puts MT, Monette J, Girre V, *et al.* Quality of life during the course of cancer treatment in older newly diagnosed patients. Results of a prospective pilot study. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO* 2011;**22** (4):916-923 (10.1093/annonc/mdq446).
- [78] Kwan ML. Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways Study *Breast cancer research treatment* 2010;**123**:507-524.
- [79] Fayers P, Aaronson NK, Bjordal K, *et al.* The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
- [80] Bulteel L, Gobert M, Piron C, *et al.* Actualiseren van de bestaande BeST-databank & aanvullen van de bestaande BeST-databank met nieuwe schalen. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid van de voedselketen en leefmilieu2009.
- [81] Osoba D, Rodrigues G, Myles J, *et al.* Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 1998;**16** (1):139-144.
- [82] Puts MT, Monette J, Girre V, *et al.* Quality of life during the course of cancer treatment in older newly diagnosed patients. Results of a prospective pilot study. *Ann Oncol* 2011;**22** (4):916-923 (mdq446 [pii] 10.1093/annonc/mdq446).
- [83] Esbensen BA, Osterlind K, Hallberg IR. Quality of life of elderly persons with cancer: a 6-month follow-up. *Scand J Caring Sci* 2007;**21** (2):178-190.

- [84] van Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G, *et al.* Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nursing* 2011;**34** (4):302-314.
- [85] Danhauer SC, Crawford SL, Farmer DF, *et al.* A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine* 2009;**32** (4):371-379.
- [86] Extermann M. Geriatric assessment with focus on instrument selectivity for outcomes. *Cancer J* 2005;**11** (6):474-480.
- [87] Ahles TA, Root JC, Ryan EL. Cancer- and cancer treatment-associated cognitive change: an update on the state of the science. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2012;**30** (30):3675-3686 (10.1200/JCO.2012.43.0116).
- [88] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Survivorship. 2013.
- [89] Stone PC, Minton O. Cancer-related fatigue. *European journal of cancer* 2008;**44** (8):1097-1104 (10.1016/j.ejca.2008.02.037).
- [90] Asher A. Cognitive dysfunction among cancer survivors. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists* 2011;**90** (5 Suppl 1):S16-26 (10.1097/PHM.0b013e31820be463).
- [91] Campbell N, Ayub A, Boustani MA, *et al.* Impact of cholinesterase inhibitors on behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Clin Interv Aging* 2008;**3** (4):719-728.
- [92] Ritchie K, Carriere I, Ritchie CW, *et al.* Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *Bmj* 2010;**341**:c3885 (10.1136/bmj.c3885).
- [93] Schreurs PJG, Willige G, van de Tellegen B, *et al.* De Utrechtse coping lijst. Lisse Swets en Zeitlinger; 1988.
- [94] Lazarus RS, Folkman S. The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations. Stress, Appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, Inc; 1984. p. 150.
- [95] Schaufeli W, van Diernedonck D. De betrouwbaarheid en validiteit van de Utrechtse coping lijst. *Gedrag en Gezondheid* 1992;**20**:38-45.
- [96] Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, *et al.* Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case-control study. *Soc Sci Med* 2000;**50** (11):1679-1693 (S0277953699004086 [pii]).
- [97] Van den Akker M, Spigt MG, De Raeve L, *et al.* The SMILE study: a study of medical information and lifestyles in Eindhoven, the rationale and contents of a large prospective dynamic cohort study. *BMC Public Health* 2008;**8**:19 (1471-2458-8-19 [pii] 10.1186/1471-2458-8-19).
- [98] Coaltie erbij: Nationale coalitie tegen eenzaamheid. Available from: <http://www.eenzaam.nl/>.