

# Richtlijn ‘Medisch specialistische revalidatie bij oncologie’: modulaire revisie 2017

Guideline ‘Rehabilitation medicine in oncology’: revision 2017

dr. J.P. van den Berg<sup>1</sup> en dr. M.J. Velthuis<sup>2</sup>, namens de werkgroep modulaire revisie van de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie 2017

## SAMENVATTING

In 2011 verscheen de eerste versie van de ‘evidence-based’ richtlijn ‘Oncologische revalidatie’. Vanwege de ontwikkelingen sindsdien is de richtlijn in de periode 2014-2017 herzien op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA). Bij de modulaire herziening is de naamgeving van de richtlijn ‘Oncologische revalidatie’ in overleg met Zorginstituut Nederland gewijzigd in ‘Medisch specialistische revalidatie bij oncologie’. De aanleiding hiervoor is het verschijnen van het rapport ‘Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden’.

De richtlijn ‘Medisch specialistische revalidatie bij oncologie’ beschrijft het proces van signalering en verwijzing naar medisch specialistische revalidatie. Bij de herziening is medisch specialistische revalidatie bij oncologie gedefinieerd als een poliklinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling voor patiënten met kanker door een team van zorgprofessionals onder coördinatie van de revalidatiearts. Slechts 5-10% van de (ex-)patiënten met kanker zal gezien de ernst en complexiteit

van de klachten en (dreigende) beperkingen interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiezorg nodig hebben. Daarnaast beschrijft de richtlijn de inhoud van de interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie in de verschillende fasen van het oncologische diagnose-, behandel- en nazorgtraject.

In deze modulaire herziening van de richtlijn zijn de uitgangsvragen over het intakeproces voorafgaand aan medisch specialistische revalidatie bij oncologie en de effectiviteit van revalidatie(-interventies) tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker ‘evidence-based’ gereviseerd. Voor de uitgangsvraag over signalering van klachten en goede verwijzing naar medisch specialistische revalidatie bij oncologie wordt verwezen naar het wetenschappelijke bewijs uit de richtlijn ‘Detecteren behoefte psychosociale zorg’ (2017). Twee nieuwe ‘evidence-based’ modules zijn ontwikkeld: een over voorspellende factoren voor een gezonde leefstijl en een over ondersteuning/adviezen/(verpleegkundige) interventies gericht op arbeid.

(NED TIJDSCHR ONCOL 2017;14:231-6)

## SUMMARY

In 2011 the first evidence-based guideline ‘Cancer rehabilitation’ has been published. Due to recent developments, the Netherlands Society of Rehabilitati-

on Medicine (NSRM/VRA) initiated a modular revision of the guideline in 2014-2017. During the modular revision - in close consultation with the National Healthcare Institute - the name of the guideline has

<sup>1</sup>revalidatiearts, Ciran, voorzitter van de richtlijnwerkgroep namens de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), <sup>2</sup>adviseur, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en procesbegeleider van deze richtlijn. Correspondentie graag richten aan mw. dr. M.J. Velthuis, adviseur, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), locatie Utrecht, Godebaldkwartier 419, 3511 DT Utrecht, tel.: 088 234 60 00, e-mailadres: m.velthuis@iknl.nl

**Trefwoorden:** interdisciplinair, kanker, medisch specialistische revalidatie, signalering en verwijzing

**Keywords:** cancer, detection and referral, interdisciplinary, rehabilitation medicine

been changed in 'Rehabilitation medicine in oncology'. This is a response to the publication of the report 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden'.

The guideline 'Rehabilitation medicine in oncology' describes the process of detection of complaints and referral to specialised interdisciplinary rehabilitation care. In the current revision rehabilitation medicine in oncology has been defined as outpatient, interdisciplinary specialised rehabilitation care for cancer patients offered by a team of professionals and coordinated by a specialist in rehabilitation care. Only 5-10% of the (former) cancer patients are expected to have severe complaints and (threat of) functional limitations to a degree that specialised interdisciplinary rehabilitation care is needed. Additio-

nally, the guideline describes the interdisciplinary specialised rehabilitation care for the phases of oncological diagnosis, treatment and follow-up.

During this modular revision, key questions on the intake prior to specialised interdisciplinary rehabilitation and the effectiveness of rehabilitation (interventions) during curative cancer treatment were revised in an evidence-based manner. For the key question on detection and referral to specialised interdisciplinary rehabilitation for cancer patients the evidence of the guideline 'Screening for psychosocial distress' (2017) was used. Two new evidence-based modules were developed: one on predictors for a healthy lifestyle and one on support/advice/(nurse-led) interventions focussed on (return to) work.

## INLEIDING

De modulair herziene modules bij de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie' (voorheen richtlijn 'Oncologische revalidatie') zijn onlangs gepubliceerd op [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl). Als eigenaar van deze richtlijn heeft de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA) het initiatief genomen om deze richtlijn uit 2011 modulair te reviseren. De Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en het onderzoeksprogramma A-Care van de Stichting Alpe d'HuZes financierden de modulaire revisie en Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) verzorgde de procesbegeleiding. Voor de revisie werd een werkgroep samengesteld bestaande uit vertegenwoordigers van zeven psychosociale en (para)medische wetenschappelijke of beroepsverenigingen en twee vertegenwoordigers van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). De betrokken verenigingen bij de ontwikkeling van de richtlijn, autoriseerden de richtlijn of stemden daarmee in (zie *kader*).

Bij de revisie is de naamgeving van de richtlijn 'Oncologische revalidatie' in overleg met Zorginstituut Nederland gewijzigd in 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'. De aanleiding hiervoor was het verschijnen van het rapport 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden'.

Het betreft een 'evidence-based' revisie van de modules over 1) signalering en verwijzing naar en 2) intake voorafgaand aan medisch specialistische revalidatie bij oncologie en 3) revalidatie(-interventies) tijdens de in opzet curatieve behandeling, alle uit 2011. Twee nieuwe 'evidence-based' uitgewerkte modules werden toegevoegd: een over voorspellende

factoren voor een gezonde leefstijl en een over ondersteuning/adviezen/(verpleegkundige) interventies gericht op arbeid. Voor de uitgangsvraag over signalering en goede verwijzing naar medisch specialistische revalidatie bij oncologie, wordt verwezen naar het wetenschappelijke bewijs uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' (2017).

## BESPREKING INHOUD

In de dagelijkse praktijk komen bij mensen met kanker problemen voor op lichamelijk, cognitief, emotioneel of sociaal vlak, en/of met betrekking tot rolfunctioneren of zingeving als gevolg van kanker of de behandeling hiervan. Door met deze groep op tijd te beginnen met interventies zoals leefstijladviezen, beweegadviezen en psycho-educatie, kunnen schadelijke fysieke en psychosociale gevolgen van de behandeling worden beperkt. Ongeveer 30% van de mensen hebben desondanks zo veel problemen en klachten op fysiek, psychisch, sociaal of existentieel/levensbeschouwelijk gebied tijdens of na de behandeling voor kanker, dat gespecialiseerde zorg nodig is. Naar schatting heeft slechts 5-10% interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiezorg nodig, gezien de ernst en complexiteit van de klachten en (dreigende) beperkingen.

De richtlijn beschrijft het proces van signalering en hoe tot goede verwijzing naar medisch specialistische revalidatie bij oncologie te komen. Aangevuld met informatie over voorspellende factoren voor een gezonde leefstijl. Deze twee modules zijn vooral voor primaire oncologische behandelaars (internist-oncologen, chirurgisch oncologische behandelaars en radiotherapeut-oncologen), (gespecialiseerd) verpleeg-

**WERKGROEPLEDEN/AUTEURS (IN ALFABETISCHE VOLGORDE) MODULAIRE REVISIE RICHTLIJN 'MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE BIJ ONCOLOGIE' (VOORHEEN ONCOLOGISCHE REVALIDATIE)**

dr. J.P. van den Berg, voorzitter namens de VRA  
 mw. prof. dr. E. Boven, internist-oncoloog, namens de NIV  
 mw. drs. T. Brouwer, ervaringsdeskundige, namens de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties  
 dr. D. Bruinvels, bedrijfsarts, namens de NVAB  
 mw. drs. E.B.L. van Dorst, gynaecoloog, namens de NVOG  
 mw. Y. Engelen, verpleegkundig specialist, namens de V&VN Oncologie  
 mw. drs. J.M.G. Fijn, ervaringsdeskundige namens de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties  
 mw. dr. J.E.H.M. Hoekstra-Weebers, medisch socioloog, namens de NVPO  
 dr. M.M. Stuiver, fysiotherapeut/klinisch epidemioloog, namens het KNGF  
 drs. S.L. Wanders, radiotherapeut, namens de NVRO  
 mw. dr. O. van der Hel, literatuuronderzoeker, IKNL  
 dr. J. Vluyen, onafhankelijk onderzoeker/epidemioloog  
 mw. dr. M.J. Velthuis, adviseur en procesbegeleider, IKNL

**Deelnemende en autoriserende verenigingen**

*Autoriserende verenigingen*

- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde (NVAB)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO)
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Oncologie (V&VN Oncologie)

*Met de inhoud instemmende vereniging*

- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

*De richtlijn ligt nog ter autorisatie voor bij het KNGF, de VRA en de NVAB.*

kundig(en) (specialisten), physician assistants, huisartsen en bedrijfsartsen van belang.  
 Daarnaast beschrijft de richtlijn de inhoud van de interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie tijdens en na de in opzet curatieve behandeling van kanker en in de palliatieve fase. Dit onderdeel van de richtlijn is vooral van belang voor professionals in de psychosociale, paramedische en medisch specialistische revalidatiezorg (revalidatieartsen, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, enz.).

Het doel van de richtlijn is dat zorg voor de gevolgen van kanker op maat aan de patiënt wordt geleverd, ter optimalisering van het functioneren, autonomie en participatie in arbeid, privé en het sociale leven van de patiënt.

De richtlijn richt zich op patiënten van 18 jaar en ouder, die zich bevinden in of na afronding van de in opzet curatieve behandelfase. Voor patiënten in de palliatieve fase, wanneer duidelijk is dat er geen zicht (meer) is op genezing, richt de richtlijn zich op patiënten in de ziektegerichte en symptoomgerichte palliatieve fase en expliciet niet op de fase van terminale palliatie.

**DEFINITIE MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE BIJ ONCOLOGIE**

Bij de herziening van de richtlijn heeft de werkgroep zich in nauw overleg met Zorginstituut Nederland gebogen over de afbakening van medisch specialistische revalidatie bij oncologie. In de herziene versie van de richtlijn is medisch specialistische revalidatie bij oncologie gedefinieerd als: 'Een poliklinische interdisciplinaire behandeling door een team van zorgprofessionals onder coördinatie van de revalidatiearts. Deze revalidatiebehandeling is gericht op het maximaliseren van autonomie en participatie in arbeid en het sociale leven van (ex-)patiënten met verscheidene samenhangende functioneringsproblemen op lichamelijk, cognitief, emotioneel of sociaal vlak en/of met betrekking tot rolfunctioneren en/of zingeving die als gevolg van kanker of de behandeling zijn opgetreden.'

Medisch specialistische revalidatie bij oncologie behoort tot het expertisegebied van de revalidatiegeneeskunde. Dit houdt in dat alle andere vormen van zorg, zoals zorg geboden door een of meer monodisciplinaire zorgverleners, hier niet onder vallen, ook al wordt de term revalidatie hier vaak gebruikt. Medisch specialistische revalidatie bij oncologie is een relatief nieuw, zich ontwikkelend vakgebied.

**AANBEVELINGEN**

De richtlijn geeft aanbevelingen over 1) signalering en verwijzing naar medisch specialistische revalidatie bij oncologie, 2) voorspellende factoren voor een gezonde leefstijl, 3) de intake voor medisch specialistische revalidatie bij oncologie, 4) revalidatie(-interventies) tijdens de in opzet curatieve behandeling, en 5) ondersteuning/adviezen/(verpleegkundige) interventies gericht op arbeid. De aanbevelingen staan per uitgangsvraag samengevat in *Tabel 1*, pagina 234. Hieronder laten we zien wat nieuw is in de herziene en aanvullende modules bij de richtlijn.

Het proces van signaleren en verwijzen is in de herziene module aangepast. Deze module sluit aan bij de herziene richtlijn

**TABEL 1.** Aanbevelingen per gereviseerde en nieuwe module richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'.

Module	Aanbeveling
<p><b>1. Proces van signalering en verwijzing naar medisch specialistische revalidatie bij oncologie (gerevisieerd)</b></p>	<p>De werkgroep is van mening dat voor het signaleren en bespreken van klachten, gevolgen en de verwijzingswens tijdens en na afronding van de in opzet curatieve behandeling van kanker en in de (ziekte- en symptoomgerichte) palliatieve fase het instrument dient te worden gebruikt dat in de meest actuele versie van de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' wordt aanbevolen (zie richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'). De huidige versie van de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' adviseert de Lastmeter te gebruiken als instrument voor signalering, screening en monitoring en de Lastmeter waarin patiënten, wanneer zij bij een probleem 'ja' hebben aangegeven, de ernst van dat probleem kunnen aangeven op een schaal van 1-10, óf EORTC-QLQ-C30 voor monitoring.</p> <p>De werkgroep is van mening dat de onderlinge samenhang en complexiteit dienen te worden bepaald wanneer sprake blijkt van meerdere problemen en een hulpvraag, alvorens te kunnen informeren en of te verwijzen naar zorg van één of meerdere psychosociale en/of paramedische disciplines of interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. De werkgroep is van mening dat voor het signaleren, bespreken en verwijzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- problemen en verwijzingswens geïnventariseerd en samen met de patiënt besproken dienen te worden; hierbij gebruikmakend van het instrument dat in de meest actuele versie van de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' wordt aanbevolen (op dit moment de Lastmeter) (zie richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'). Verwijzing vindt plaats op basis van de specifieke klachten van een patiënt naar één of meerdere zorgverleners van psychosociale en/of paramedische disciplines.</li> <li>- bij functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig), lichamelijk, cognitief, emotioneel of sociaal vlak en/of met betrekking tot rolfunctioneren en/of zingeving of bij een verhoogd risico hierop, dienen de onderlinge samenhang en complexiteit te worden bepaald. Blijkt er sprake van complexe en onderling samenhangende problemen en is interdisciplinaire behandeling nodig, waarbij onderlinge afstemming van het behandelplan noodzakelijk is, dan vindt verwijzing plaats naar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Als sprake is van problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig), maar deze is niet complex, dan geeft de richtlijn aan dat behandeling door naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelingen, gecoördineerd door een medisch specialist/oncoloog, mogelijk geïndiceerd is. Dit is dus geen medisch-specialistische revalidatie.</li> <li>- bij zeer uitgebreide of ernstige functiestoornissen, met blijvende beperkingen waarbij een langdurig herstelproces of onvolledig herstel wordt verwacht, dient te worden verwezen naar (poli)klinische medisch specialistische revalidatiezorg.</li> </ul>
<p><b>2. Voorspellende factoren voor een gezonde leefstijl (nieuw)</b></p>	<p>De werkgroep is van mening dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een hoger opleidingsniveau, weinig lichamelijke klachten en/of belemmeringen als gevolg van de oncologische behandeling en/of het ontbreken van comorbiditeit gunstige kenmerken zijn bij patiënten die zijn behandeld voor kanker voor het zelfstandig oppakken/handhaven van een gezonde leefstijl. Deze kenmerken kunnen worden meegewogen in de beslissing ten aanzien van het verwijzen naar en vormgeven van een medisch specialistische revalidatiebehandeling of monodisciplinaire paramedische/psychosociale zorg.</li> <li>- voor patiënten met kanker roken in combinatie met alcoholgebruik en een lager opleidingsniveau ongunstige kenmerken zijn voor het stoppen met roken. Deze groep heeft wellicht extra monitoring en aandacht.</li> <li>- intentie, planning, geïdentificeerde gereguleerde motivatie, eigen effectiviteit, eigen mogelijkheden, ervaren gedragscontrole en sociale ondersteuning voorspellend zijn voor het zelfstandig oppakken/handhaven van fysieke activiteiten bij patiënten die zijn behandeld voor kanker. Deze kenmerken kunnen worden meegewogen in de beslissing ten aanzien van het verwijzen naar en vormgeven van een medisch specialistische revalidatiebehandeling of monodisciplinaire paramedische/psychosociale zorg.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- een primaire behandelaar (internist-oncoloog, chirurg, radiotherapeut, enz.), (gespecialiseerd) verpleegkundig(e) (specialist), physician assistant, huisarts en/of bedrijfsarts als onderdeel van de 'signalering behoefte zorg' actief naar deze determinanten van beweeggedrag (opleidingsniveau, lichamelijke klachten en/of belemmeringen als gevolg van de oncologische behandeling, comorbiditeit, intentie, planning, geïdentificeerde geregleerde motivatie, eigen effectiviteit, eigen mogelijkheden, ervaren gedragscontrole en sociale ondersteuning) zou moeten vragen.</li> <li>- de 'Physician-based Assessment and Counseling for Exercise' (PACE)-vragenlijst kan worden gebruikt om inzicht te krijgen in de groep patiënten waarbij een hoog risico bestaat op onvoldoende bewegen. Patiënten bij wie een hoog risico bestaat op onvoldoende bewegen en die prijs stellen op supervisie, kunnen worden verwezen naar een passende beweeginterventie, al dan niet in het kader van medisch specialistische revalidatie.</li> </ul>
<p><b>3. Intake voorafgaand aan medisch specialistische revalidatie bij oncologie (gereviseerd)</b></p>	<p>De werkgroep is van mening dat voorafgaand aan gecoördineerde interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij oncologie een gestructureerde intake dient te worden uitgevoerd door of onder supervisie van een revalidatiearts met expertise op het gebied van oncologie. De volgende vragen dienen tijdens de gestructureerde intake te worden beantwoord:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Is er een beperking/bedreiging van het inspanningsvermogen in relatie tot het gewenste functioneren?</li> <li>2. Is er een indicatie voor behandeling van vermoeidheid (Lastmeter, VAS vermoeidheid <math>\geq 4</math>, anamnestic)?</li> <li>3. Is er op de Lastmeter sprake van emotionele problemen en/of heeft de patiënt behoefte aan ondersteuning op psychisch/emotioneel gebied (CES-D <math>\geq 16</math>)?</li> <li>4. Is er een verstoring/bedreiging van het sociaal functioneren in het arbeidsproces/huishoudelijke taken, relatie, sociale relaties/rol gezin en vrijetijdsbesteding afgezet tegen de situatie voorafgaand aan de ziekte?</li> </ol> <p>De werkgroep is van mening dat, na de beslissing dat een patiënt geschikt is voor medisch specialistische revalidatie, in overleg met de patiënt en overige zorgverleners aan de hand van het intakeproces beschreven in de beslisboom 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie':</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- doelen van revalidatie dienen te worden geformuleerd.</li> <li>- een revalidatiebehandeling op maat dient te worden geselecteerd, waarbij fysieke activiteiten (bewegen) tijdens alle fasen onderdeel moeten zijn van de medisch specialistische revalidatie.</li> </ul> <p>De werkgroep is van mening dat op indicatie in de richtlijn beschreven testen en vragenlijsten dienen te worden gebruikt ter ondersteuning van de intake.</p>
<p><b>4. Revalidatie(-interventies) tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker (gereviseerd)</b></p>	<p>Overweeg om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij alle patiënten tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker leefstijladvies te geven en hierbij het belang van fysieke activiteit te benadrukken.</li> <li>- ter beperking van vermoeidheid tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker fysieke training onder supervisie aan te bieden.</li> <li>- ter voorkoming van chronische vermoeidheid cognitieve gedragstherapie als psychosociale interventie aan te bieden tijdens de in opzet curatieve behandeling aan patiënten die al bij de diagnose kanker vermoeidheidsklachten ervaren.</li> </ul> <p>Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van interdisciplinaire en multimodale revalidatie-interventies tijdens de in opzet curatieve behandeling.</p>
<p><b>5. Ondersteuning/ adviezen/(verpleegkundige) interventies gericht op arbeid (nieuw)</b></p>	<p>Er is meer onderzoek nodig naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de effectiviteit van interventies gericht op het stimuleren van arbeidsparticipatie tijdens de in opzet curatieve behandeling.</li> <li>- de effectiviteit van interventies gericht op het stimuleren van arbeidsparticipatie na afloop van de in opzet curatieve behandeling.</li> </ul>

'Detecteren behoefte psychosociale zorg' (2017). In deze richtlijn wordt geadviseerd om voor het screenen en signaleren van 'distress' en het bepalen van de zorgbehoefte de Last-

meter te gebruiken. Voor het monitoren adviseert de richtlijn van de versie van de Lastmeter gebruik te maken, waarin patiënten, als zij bij een probleem 'ja' hebben aan gegeven, de

ernst daarvan op een schaal van 1-10 kunnen aangeven óf de EORTC-QLQ-C30 te gebruiken. Het afkappunt voor de Last-meter voor het signaleren van 'distress'/behoefte aan zorg is bij volwassenen met kanker van  $\geq 5$  naar  $\geq 4$  bijgesteld. Dit afkappunt is een belangrijke indicatie voor de verwijswens van de patiënt. De kans dat een patiënt met een score boven een afkappunt een wens heeft om te worden verwezen is namelijk drie keer hoger dan bij een patiënt met een score onder het afkappunt. Maar er zijn ook patiënten met een score onder het afkappunt die een verwijswens hebben.

De tweede wijziging van deze uitgangsvraag in de richtlijn 'Medisch Specialistische revalidatie bij oncologie' betreft het in plaats van aanvullende signaleringsinstrumenten bij triage te gebruiken, indien nodig een revalidatiearts of een psychosociale of paramedische zorgprofessional te consulteren. Daarnaast gaat de verwijzing naar medisch specialistische revalidatie bij oncologie nu om patiënten met onderling samenhangende functioneringsproblemen op verscheidene vlakken die interdisciplinaire behandeling door een revalidatieteam vragen. Als er geen onderlinge samenhang tussen de functioneringsproblemen is en de noodzaak voor een interdisciplinaire behandeling ontbreekt, adviseert de richtlijn om naar meerdere monodisciplinaire behandelaars, zoals bijvoorbeeld een fysiotherapeut en een psycholoog, te verwijzen.

Nieuw in de richtlijn is de toevoeging van een module over factoren die een gezonde leefstijl voorspellen. Deze voorspellende kenmerken, zoals opleidingsniveau, mate van lichamelijke klachten of belemmeringen, comorbiditeit, intentie, planning, motivatie, eigen effectiviteit, eigen mogelijkheden, ervaren gedragscontrole en sociale ondersteuning, kunnen worden meegewogen bij de beslissing om een patiënt al dan niet naar medisch specialistische revalidatiebehandeling of monodisciplinaire paramedische/psychosociale zorg te verwijzen en hoe de behandeling indien gewenst kan worden vormgegeven. De 'Physician-based Assessment and Counseling for Exercise' (PACE)-vragenlijst kan worden gebruikt om iemands beweegniveau op dat moment in kaart te brengen, de gedachten erover op een rij te zetten en het gesprek erover aan te gaan.

De module over de intake voor medisch specialistische revalidatie is vooral aangepast aan de nieuwe definitie (zie 'Definitie medisch specialistische revalidatie bij oncologie'). De belangrijkste wijziging is dat de revalidatiearts in de huidige versie van de richtlijn explicieter wordt benoemd als professional die verantwoordelijk is voor de intake, terwijl in de vorige versie een medisch specialist met expertise op het gebied van de oncologische revalidatie de aangewezen professional was.

De richtlijnwerkgroep adviseert, net als in de richtlijn van 2011, om alle patiënten tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker leefstijladviezen te geven en het belang van fysieke activiteit hierbij te benadrukken. Om vermoeidheid tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker te beperken, kan fysieke training onder supervisie worden aangeboden. Nieuw in de herziene module is dat aan patiënten die al bij de diagnose kanker ernstige vermoeidheidsklachten ervaren, wordt geadviseerd cognitieve gedragstherapie als psychosociale interventie aan te bieden, om zo chronische vermoeidheid te voorkomen.

Over de effectiviteit van interventies gericht op het stimuleren van arbeidsparticipatie zowel voor, tijdens als na afloop van de in opzet curatieve behandeling bleek onvoldoende bewijs voorhanden. De richtlijnwerkgroep signaleert een hiaat in de kennis en adviseert om meer onderzoek te doen naar interventies gericht op baanbehoud en werkhervatting.

## CONCLUSIE

De modulair gereviseerde richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie' bevat nieuwe aanbevelingen gericht op een doelmatige en effectieve zorg voor de gevolgen van de kanker (behandeling) en in het bijzonder de medisch specialistische revalidatiezorg bij oncologie.

De richtlijn gaat in op:

- Het signaleren van en verwijzen voor klachten tijdens en na de in opzet curatieve behandeling en in de palliatieve fase.
- Factoren voor een gezonde leefstijl.
- Het intakeproces voor medisch specialistische revalidatie bij oncologie.
- Revalidatie(-interventies).
- Meetinstrumenten voor effectevaluatie.
- 'Empowerment' van de patiënt.
- Ondersteuning/adviezen/(verpleegkundige) interventies gericht op arbeid.

Een herziene versie van de module 'Kosteneffectiviteit' en een nieuwe module 'Organisatie van de zorg van medisch specialistische revalidatie bij oncologie' zijn op dit moment in ontwikkeling. Ditzelfde geldt voor een tweetal nieuwe modules over de signalering en nazorg en revalidatiezorg specifiek voor kwetsbare en (veelal) oudere patiënten met kanker. Naar verwachting worden deze modules begin 2018 gepubliceerd.

## REFERENTIE

De gereviseerde versie van de richtlijn (inclusief bijbehorende referenties en overige onderbouwing) is terug te vinden op OncoLine ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)).

ONTVANGEN OP 13 JULI 2017, GEACCEPTTEERD 17 JULI 2017.