

Behandelprogramma
Geriatrische oncologische
revalidatie

Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie

Het behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie is tot stand gekomen in een implementatieproject, looptijd van 2015 - 2016. In het project werkten vijf projectlocaties samen onder begeleiding van IKNL: Laurens (Rotterdam), Evean Oostergouw (Zaandam), Sint Jacob (Haarlem), GRMN (meerdere locaties in Midden Nederland) en RSZK (Veldhoven).



Op basis van de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie, de module Kwetsbare (veelal oudere) patiënten (2018), zie www.oncoline.nl, en op basis van evidence uit de geriatrische praktijk is het behandelprogramma opgesteld. Uitvoering hieraan gaven de knowledge brokers van de projectlocaties en de adviseur van IKNL. Externe experts vanuit wetenschappelijke of beroepsverenigingen (bijlage 1) gaven feedback. Verenso heeft instemming verleend aan het programma. Het behandelprogramma wordt geïmplementeerd en geëvalueerd. Voor de verdere uitvoering in de praktijk dient het behandelprogramma lokaal in de zorginstellingen vastgesteld te worden. Afspraken voor uitvoering van het behandelprogramma in de ketenzorg vallen onder de eindverantwoordelijkheid van de instelling die het behandelprogramma vaststelt.

Auteurs

- Christa Bluijs, clustermanager zorg Evean Oostergouw (tot 1-1-2017)
- Paulien Koenjer, diëtist, GRMN
- Marjan Kool, verpleegkundige, Evean Oostergouw
- Maaïke Lagendijk, oncologie-/geriatriefysiotherapeut, Laurens (tot 1-1-2018)
- Tessa de Leur, adviseur IKNL (tot 1 juni 2016)
- Ir. Saskia Lunter, projectmedewerker IKNL
- Sandra Maliepaard, gz-psycholoog, Laurens (tot 1-1-2017)
- Bertilda Nauta, geriatrie- en oedeemfysiotherapeut, Sint Jacob (tot 1-8-2016)
- Karin Neeling, fysiotherapeut, Sint Jacob
- Samantha Nugteren, fysiotherapeut, Laurens
- Liv Ponjé, (oedeem-)fysiotherapeut, GRMN
- Sevinç Saman, ergotherapeut, Laurens
- Dr. Monique Samson, klinisch geriater, Sint Jacob
- Marleen Scholten, (oedeem-)fysiotherapeut, GRMN
- dr. Miranda Velthuis, adviseur IKNL
- Annemieke Venema, geriatriefysiotherapeut Sint Jacob
- Elke Vercammen, senior zorgadviseur, RSZK

Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie

Met medewerking van: Claudia Croeze, logopedist (Laurens), Florentine Geluk, geestelijk verzorger (Laurens), Marieke Gravemaker, psycholoog (Evean Oostergouw), Conny Molenkamp, oncologieverpleegkundige (Evean Oostergouw), Annemarie Overgaauw-Moeken, teamleider zorg oncologische revalidatie (Laurens), Maaïke Plant, logopedist (GRMN), Mariska van der Stappen, maatschappelijk werker (Laurens), Marloes Vogel, oncologiefysiotherapeut (Laurens).

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
1.1	Aanleiding	6
1.2	Doel	6
1.3	Methodiek	6
1.4	Modules	6
2	Doelgroep	8
2.1	Geriatrische revalidatie	8
2.2	Oncologische geriatrische revalidant	9
2.3	Begrippen: multimorbiditeit en frailty	9
2.4	In- en exclusiecriteria geriatrische oncologische revalidatie	10
3	Behandelproces geriatrische oncologische revalidatie	12
3.1	Behandelaars	12
3.2	Behandelproces	13
3.2.1	Voorwaarden	13
3.2.2	Samenwerking	13
3.2.3	mdo	14
3.2.4	Zorgpad	14
4	Signalering, verwijzing, intake en therapeutisch klimaat	15
4.1	Signalering en verwijzing	15
4.2	Intake	17
4.3	Therapeutisch klimaat	18
5	Modules	20
5.1	Informatievoorziening	20
5.2	Fysieke training	25
5.3	Psychosociale en spirituele begeleiding	35
5.3.1	Psycho-educatie	35
5.3.2	Psychosociale begeleiding revalidant	37
5.3.3	Psychosociale begeleiding netwerk	41
5.3.4	Spirituele begeleiding	42
5.4	Coaching en energieverdeling	45
5.5	Voeding	50
6	Ontslag	56
	Bijlagen	59
B1	Externe experts	60
B2	Format zorgpad Geriatrische oncologische revalidatie	61
B3	Evaluatieformulier module informatievoorziening	75
B4	Voeding	76
B5	Bijwerkingen cytostatica	80
B6	Veilig omgaan met cytostatica	82
B7	Mogelijke opzet module coaching en energieverdeling	83
B8	Toelichting module Voeding	85

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Na publicatie van de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie (eerder de richtlijn Oncologische revalidatie genaamd) en het implementatieproject van deze richtlijn, organiseerde IKNL een slotmanifestatie om resultaten met het veld te delen en aan te zetten tot implementatie bij andere zorginstellingen. Tijdens deze bijeenkomst sloot ook een aantal verpleeghuizen aan die steeds vaker revalidanten met kanker opnemen voor, tijdens en na de behandeling van kanker. Zij constateerden dat het hier om een specifieke doelgroep gaat die een specialistische aanpak vereist. IKNL besloot om met een vijftal voorloper instellingen (Laurens (Rotterdam), Evean Oostergouw (Zaandam), Sint Jacob (Haarlem), GRMN (meerdere locaties in Midden Nederland) en RSZK (Veldhoven)) een implementatieproject te starten met als doel een vertaalslag te maken van de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie naar de geriatrische praktijk.

1.2 Doel

De richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie en de bijhorende module Kwetsbare (veelal oudere) patiënten (2018), zie www.oncoline.nl, is uitgangspunt voor dit project. Doel van het project was de bestaande richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie te vertalen naar de dagelijkse praktijk in de geriatrische setting. Uitgangspunt was ook dat aan het eind van het project er een pasklaar antwoord ligt om geriatrische oncologische revalidatie in de eigen instelling te kunnen implementeren. Het project heeft een aantal producten opgeleverd die andere instellingen helpt om geriatrische oncologische revalidatie te implementeren:

- Behandelprogramma
- Zorgpad en stroomschema
- Handreiking implementatie

Samen vormen deze producten de toolkit geriatrische oncologische revalidatie. In afstemming met diverse partijen (o.a. Verenso, Vilans en Actiz) vindt overleg plaats om de implementatie te bevorderen en vorm te geven.

1.3 Methodiek

Binnen elke instelling werden een of twee knowledge brokers¹ benoemd, vergelijkbaar met het implementatieproject oncologische revalidatie. De groep van knowledge brokers vormde het vaste aanspreekpunt en was de spil in het implementatieteam dat ook per instelling werd geïdentificeerd. De knowledge brokers vormden een afspiegeling van de bij revalidatie betrokken doelgroepen: fysiotherapeuten, diëtiste, psycholoog, transferverpleegkundige, geriater en een manager. Vanuit elke instelling is daarnaast het gehele team van behandelaars en specialisten ouderengeneeskunde betrokken bij de implementatie. Hierin nemen alle disciplines deel die geriatrische oncologische revalidatie vormgeven onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. Voor dit project zijn samenwerkingsovereenkomsten tussen IKNL en de instellingen vastgelegd.

1.4 Modules

De knowledge brokers hebben het behandelprogramma Medisch specialistische revalidatie bij oncologie omgezet naar de geriatrische setting. Dit vond plaats in een aantal schrijfrondes. Op een aantal wezenlijke punten is afgeweken van het behandelprogramma Medisch specialistische revalidatie bij oncologie:

- Module arbeidsintegratie is in het behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie niet opgenomen. Hoewel er ouderen zijn die vrijwilligerswerk doen, is ervoor gekozen om deze module niet te gebruiken, omdat arbeidsintegratie andere keuzes en begeleiding vraagt. Bij geriatrische oncologische

¹ Knowledge broker is een intermediair (organisatie of persoon) die als doel heeft relaties en netwerken te ontwikkelen met als doel delen van kennis, ideeën en evidence, zodat mensen hun werk beter doen (Wikipedia).

revalidatie is uitgegaan van de veronderstelling dat met name ouderen worden gerevalideerd die niet meer aan het arbeidsproces deelnemen.

- Informatie is toegevoegd over de reguliere geriatrische revalidatiezorg en het daarin gehanteerde therapeutisch klimaat.
- In het behandelprogramma Medisch specialistische revalidatie bij oncologie wordt onderscheid gemaakt in de fases tijdens en na de in opzet curatieve behandeling en in de palliatieve fase. Dit onderscheid bleek voor de geriatrische oncologische revalidatie minder relevant². Daarom is uitgegaan van revalidatie voor alle fases. Indien er specifieke aandachtspunten waren voor een van de fasen, is dit expliciet vermeld.
- In een aantal gevallen zijn meetinstrumenten specifiek voor de oudere revalidant opgenomen ter vervanging van de in de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie genoemde instrumenten.
- Duur van een behandelsessie is vaak ingekort ten opzichte van de reguliere oncologische revalidatie.
- Binnen de setting van een verpleeghuis heeft de verzorgende/verpleegkundige een centrale rol in de revalidatie met betrekking tot signaleren en begeleiden in een 24 uren revalidatieklimaat. In het mdo worden de revalidatieactiviteiten afgestemd waarbij de specialist ouderen geneeskunde de regie voert.
- Binnen het project is literatuur voor onderbouwing van een aantal keuzes in het behandelprogramma meegenomen. Echter weinig literatuur was beschikbaar als het gaat om ouderen/kanker/revalidatie. Het behandelprogramma is voorgelegd aan een aantal experts vanuit wetenschappelijke en beroepsverenigingen (bijlage 1). Het ontvangen commentaar is verwerkt.

Training

IKNL organiseerde een tweetal trainingen. Een training over kanker, gevolgen van kanker, meetinstrumenten en de inhoud van de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie voor een groep professionals bestaande uit alle bij de geriatrische oncologische revalidatie betrokken disciplines. De andere training werd georganiseerd voor de implementatieteams van de instellingen en was gericht op implementatiekunde: opstellen van een plan van aanpak, omgaan met weerstand, maken van een netwerkanalyse en handvatten voor borging.

Zorgpad

Een transmuraal zorgpad is gemaakt voor implementatie van geriatrische oncologische revalidatie bij instellingen. Aan het zorgpad is tevens een stroomschema toegevoegd. Dit zorgpad is samengesteld op basis van de ervaring van de betrokken professionals, feedback uit het veld en literatuur.

² De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 2002 een vernieuwde definitie van palliatieve zorg opgesteld: 'Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met problemen die gerelateerd zijn aan een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard'. In dit behandelprogramma wordt de definitie van IKNL: 'Palliatieve zorg is alle zorg die er op gericht is iemand met een levensbedreigende ziekte (en zijn naasten) een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven. Het kan langdurige zorg zijn, soms jarenlang, en is geen synoniem voor terminale zorg.'

2 Doelgroep

2.1 Geriatrische revalidatie

De definitie van geriatrische revalidatie werd in 2009 omschreven door een werkgroep van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso, 2009). Als uitgangspunt werd de internationale omschrijving van 'geriatric rehabilitation' gehanteerd: 'Evaluative, diagnostic and therapeutic interventions whose purpose is to restore functional ability or enhance residual functional capability in elderly people with disabling impairments (Boston Working Group, 1997)'. In het Nederlands werd dit: 'Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is functieherstel en participatie bij laag-belastbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang'.¹ Dit kan soms ook jongeren treffen, vandaar dat in de richtlijnmodule bij de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie gesproken wordt over kwetsbare (veelal oudere) patiënten.⁷

Het onderscheid tussen geriatrische revalidatiezorg en medisch specialistische revalidatiezorg, waar Medisch specialistische revalidatie bij oncologie onder valt, wordt in eerste instantie gevormd door de kwetsbaarheid en belastbaarheid van de revalidant. Geriatrische revalidatiezorg is geschikt voor laag belastbare revalidanten. De medisch specialistische revalidatiezorg is intensiever, en is geschikt voor meer belastbare revalidanten. Daarnaast is er onderscheid in de behandel doelstelling. De doelstelling binnen de geriatrische revalidatiezorg is gericht op het weer thuis kunnen functioneren en het zichzelf kunnen verplaatsen en verzorgen. Medisch specialistische interdisciplinaire revalidatiezorg is gericht op autonome participatie, zoals het oppakken van gezinstaken, de terugkeer naar de werksituatie of het oppakken van hobby's, afhankelijk van de levensfase van de revalidant. Daarnaast bestaat er een onderscheid in de medische eindverantwoordelijkheid. Voor geriatrische revalidatiezorg ligt deze bij de specialist ouderengeneeskunde en voor de medisch specialistische revalidatiezorg ligt deze bij de revalidatiearts. Ook is de financiering anders geregeld.

De methode van de geriatrische revalidatie verschilt niet principieel van die van de medisch specialistische revalidatie. Door de gevolgen van langer bestaande of nieuw ontstane aandoeningen zijn geriatrische revalidanten vaak minder belastbaar, minder trainbaar en verminderd in staat tot het volgen van intensieve revalidatieprogramma's. Ze zijn medisch vaak instabiel en maken tijdens de revalidatieperiode meerdere intercurrente ziekten en/of complicaties door waardoor een gesprek over wat palliatieve zorg kan bieden vaker plaats kan vinden. Hierdoor bevindt geriatrische revalidatie zich op een kruispunt tussen ouderengeneeskunde en revalidatiezorg.²

Uitgangspunten geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg heeft de volgende uitgangspunten³:

- Integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg.
- Geleverd onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde.
- Gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de oorspronkelijke thuissituatie (huis of verzorgingshuis) mogelijk is.
- Volgt altijd op verblijf in ziekenhuis in verband met geneeskundige zorg door een medisch specialist.
- De revalidant kan ook via spoedeisende hulp of polikliniek (eventueel na verzoek van een huisarts) worden doorverwezen. Om dan toegang te krijgen tot geriatrische revalidatiezorg is een geriatrisch assessment door een geriater of internist ouderengeneeskunde nodig. Dit is tot op heden het wettelijk kader. De specialist ouderengeneeskunde mag geen geriatrisch assessment afnemen.

- Begint met een klinische opname in een organisatie die geriatrische revalidatiezorg biedt en kan eventueel worden gevolgd door ambulante behandeling.
- Duurt in principe maximaal 4 maanden (+ 2 maanden). Deze periode wordt maximaal vergoed door de zorgverzekeraar waarbij na 4 maanden de maximale vergoeding is bereikt. In deze periode dient een vervolgtraject te worden vastgesteld: terugkeer naar huis of doorplaatsing Wet langdurige zorg (Wlz). Verlenging van de revalidatie kan mits toestemming van de zorgverzekeraar.

2.2 Oncologische geriatrische revalidant

Kanker is een ziekte die vooral voorkomt op hogere leeftijd. Door een verschuiving in de leeftijdsopbouw van de bevolking stijgt naar verwachting het aantal ouderen met kanker de komende jaren. De complexiteit van oncologische zorg neemt hiermee toe vanwege de grote heterogeniteit in deze leeftijdscategorie. Dit hangt onder meer samen met verschillen in leeftijdsverwachting, reservecapaciteit, multimorbiditeit, functionele status en kwetsbaarheid. Ook zijn er leeftijdsafhankelijke verschillen ten aanzien van acceptatie van een behandeling. Er bestaat momenteel nog onvoldoende inzicht in effectiviteit, toxiciteit en kwaliteit van leven van oncologische behandelingen op oudere leeftijd.

In 2015 werden in Nederland 104.988 nieuwe gevallen van kanker vastgesteld. 62% van deze nieuwe maligne tumoren werd vastgesteld bij patiënten ouder dan 65 jaar, ongeveer 45% bij patiënten ouder dan 70 jaar en circa 30% bij patiënten ouder dan 75 jaar. De incidentie van kanker zal verder toenemen. In 2000 werd bij ruim 40.000 65-plussers kanker vastgesteld en in 2015 was dat ruim 58.000, een toename van 45%. Dit is vooral toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking en het daarbij behorende risico op kanker.⁴

Over het algemeen is de prognose van ouderen met kanker slechter dan die van hun jongere lotgenoten. Hoewel de overlevingskansen voor kanker de afgelopen jaren duidelijk zijn verbeterd, is deze verbetering bij ouderen minder uitgesproken. Daardoor is het verschil in overleving tussen patiënten van middelbare leeftijd en oudere patiënten alleen maar toegenomen.

Belangrijk bij beslissingen in de oncologische zorg is de acceptatie van de voorgestelde behandeling. Ook hierbij spelen leeftijdsgebonden factoren een rol. Voor ouderen is de afweging tussen kwaliteit en kwantiteit van leven nog delicaat dan bij jongere patiënten. Handhaving van mobiliteit en zelfredzaamheid is van wezenlijk belang voor ouderen. Diverse onderzoeken hebben geleerd dat zowel ouderen als jongeren een behandeling met chemotherapie accepteren. Daarbij blijken ouderen minder bereid de toxiciteit van deze behandeling, met nadelige invloeden op de kwaliteit van leven, te accepteren dan jongeren. Ook al zou hierdoor de overlevingskans stijgen. Ouderen lijken eerder te kiezen voor behandelingen die gericht zijn op 'supportive care' of behandelingen gericht op het verminderen van klachten en niet zozeer genezing.⁴

2.3 Begrippen: multimorbiditeit en frailty

Multimorbiditeit

Bijna 70% van mensen met kanker in Nederland in de leeftijd van 65-79 heeft ernstige, levensbekortende multimorbiditeit op het moment van de diagnose kanker, terwijl dit bij 80-plussers zelfs bijna 80% is. Oudere patiënten (met multimorbiditeit) worden ook minder vaak volgens de richtlijnen behandeld. Multimorbiditeit bepaalt de behandelkeuze bij 65- tot 79-jarigen indien substantiële toxiciteit of complicaties

van de behandeling (high risk interventions) te verwachten zijn of de levensverwachting te kort is om voordeel te hebben van de betreffende therapie.⁵

Een uitloeijsel van multimorbiditeit is polyfarmacie. Deze kan aanleiding geven tot interactie bij chemotherapie en keuzes in de oncologische zorg in belangrijke mate beïnvloeden.⁴

Frailty (kwetsbaarheid)

Bij de behandeling van ouderen is de evaluatie van de 'algemene toestand' van wezenlijk belang. Deze evaluatie is vaak onvoldoende gebaseerd op objectieve diagnostische gegevens; te vaak wordt een schatting gemaakt. Frailty (kwetsbaarheid) wordt conceptueel omschreven als een syndroom met een zodanige communicatie over en weer tussen ziekten, psychosociale stressoren en subklinische ziektelast dat iemand vatbaar wordt voor ongewenste gezondheidsuitkomsten. Hierdoor hebben kwetsbare ouderen een hoger risico op functieverlies bij acute ziekte, ziekenhuisopname en een verhoogd risico op sterfte, dat niet alleen door leeftijd wordt verklaard. Frailty kan gezien worden als een geriatrisch syndroom dat meerdere etiologische factoren heeft, die op complexe wijze interacteren om zich vaak te presenteren met één symptoom. Bijvoorbeeld vallen of gewichtsverlies.⁶

2.4 In- en exclusiecriteria geriatrische oncologische revalidatie

Inclusiecriteria

- Volwassenen met kanker (alle vormen).
- Gecombineerd met multimorbiditeit en/of frailty.
- Voor, tijdens en na de behandelfase, zowel curatief als palliatief.
- Een levensverwachting van tenminste 3 maanden.
- Er is sprake van een multidisciplinaire revalidatiedoelstelling na een acute achteruitgang in fysieke capaciteiten.
- Er is sprake van stoornissen die (kunnen) leiden tot blijvende beperkingen.
- Herstel waarbij terugkeer naar de oorspronkelijke woonomgeving haalbaar is.
- Er is sprake van meervoudige van aanwezige of te verwachten beperkingen, gecombineerd met complexiteit van doelstellingen.
- Revalidant is instrueerbaar en belastbaar.

Exclusiecriteria

- Problemen op gebied van gedrag, cognitie en/of verslaving staan op de voorgrond.
- Met geriatrische revalidatiezorg geen verbetering wordt verwacht.
- Onvoldoende motivatie.
- Monodisciplinaire noodzaak.

De behandeling wordt tussentijds en na afronding geëvalueerd. Dit is beschreven in de verschillende modules. Voor geriatrische oncologische revalidatie zijn (nog) geen uitkomstindicatoren opgesteld. Mogelijk krijgt dit in de toekomst vorm als er meer evidence is vergaard.

Literatuur

1. Leidraad Geriatrische Revalidatie. Achterberg et al. LUMC, maart 2013.
2. Prestatie Indicatoren Geriatrische Revalidatie Zorg. Verenso, maart 2014.

3. Triage instrument Geriatrische revalidatiezorg. Verenso, maart 2013.
4. Oncologie. J van de Velde et al. Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
5. Handboek Kanker bij ouderen. A Wymenga et al. De tijdstroom uitgeverij, 2012.
6. Van Iersel MB, Jansen DRM, Olde Rikkert MGM. Frailty bij ouderen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2009; 153: A183.
7. IKNL, Richtlijnmodule Kwetsbare (veelal oudere) patiënten (onderdeel Richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie). Utrecht, conceptversie, 2017.

3 Behandelproces geriatrische oncologische revalidatie

3.1 Behandelaren

Bij geriatrische oncologische revalidatie is altijd sprake van een multidisciplinair behandelteam. De specialist ouderengeneeskunde is medisch eindverantwoordelijk voor het revalidatieproces. De functies, taken en verantwoordelijkheden van de leden van het multidisciplinaire team staan beschreven in de verschillende modules. Multidisciplinaire samenwerking staat centraal. Steeds wordt in goede afstemming met elkaar, de oncoloog en in overleg met de revalidant bepaald wat de meest passende behandeling is gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Omdat revalidanten in een andere levensfase verkeren en instellingen vaker dan in de reguliere medisch specialistische revalidatie bij oncologie geconfronteerd worden met revalidanten in de palliatieve fase, is afstemming over wat wenselijk is extra noodzakelijk.

De deskundigheid van de professionals in de geriatrische oncologische revalidatie is essentieel voor de uitvoering van de zorgverlening. De ontwikkelingen gaan snel op het gebied van medisch inhoudelijke kennis, technologische infrastructuur, ICT-faciliteiten en het werken in multidisciplinaire teams. Dit vraagt om continue scholing en ontwikkeling van nieuwe competenties. Van het management wordt verwacht dat systematisch wordt gewerkt aan de bevordering van de competenties van de professionals die betrokken zijn bij geriatrische oncologische revalidatie.

Voor de professionals is verdieping in de patiënt met kanker en de inzichten uit (gereviseerde) richtlijnen hierbij essentieel. Bij de uitvoering van geriatrische oncologische revalidatie kunnen verschillende deskundigen betrokken zijn. In de modules wordt hier ook aan gerefereerd. In sommige modules is de bijdrage van verschillende disciplines geëxpliciteerd, zoals de bijdrage van de geestelijk verzorger aan de module psychosociale begeleiding. Daarnaast spelen de verzorgenden een rol in de revalidatie; revalidatie is onderdeel van het therapeutisch klimaat. Ook zij dienen zich in deze revalidanten te verdiepen en het is aan de behandelaren om de verzorgenden mee te nemen in het specifieke karakter van geriatrische oncologische revalidatie.

Aanbevelingen

- Een of meerdere professionals van het multidisciplinaire behandelteam hebben aanvullende scholing gevolgd binnen hun vakgebied als het gaat om: revalidatie van mensen met kanker, pathologie, oncologie, trainingsleer, cognitieve en gedragsmatige principes, maar ook extra kennis van symptoombestrijding en complicaties van radio- en chemotherapie is zeer wenselijk.
- Professionals hebben bij voorkeur kennis van en ervaring met multidisciplinaire (groeps)behandelingen.
- Professionals participeren in symposia en nascholing over (geriatrische) oncologische revalidatie.
- Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines zijn op elkaar afgestemd en vastgelegd. Om de expertise in de instelling op peil te houden, worden per jaar voldoende revalidanten in behandeling genomen voor geriatrische oncologische revalidatie. Het kan wenselijk zijn revalidanten in bepaalde regio's te clusteren, de reisafstand van de revalidant in ogenschouw nemend, zodat grotere aantallen worden bereikt.

3.2 Behandelproces

3.2.1 Voorwaarden

Van het management wordt verwacht dat de visie op geriatrische oncologische revalidatie is vertaald naar de beschikbaarheid van voorzieningen:

- Voldoende faciliteiten op locatie dan wel in de keten voor de adequate uitvoering van de revalidatiezorg.
- Voldoende faciliteiten om te participeren in netwerken en keten.
- Faciliteiten die voldoen aan de algemeen geldende normen voor kwaliteits- en veiligheidsbeleid.

Vanuit de reguliere Medisch specialistische revalidatie bij oncologie zijn aanbevelingen gedaan voor groeps grootte en aantal begeleiders. In de beschrijvingen van de modules geriatrische oncologische revalidatie is hier in veel gevallen van afgeweken:

- Instroom van oncologische patiënten is vaak onvoorspelbaar. Hierdoor is het niet altijd mogelijk om de behandeling in groepen aan te bieden. Waar mogelijk wordt dit gedaan.
- Aantallen in de groepen zijn kleiner. Hiervoor zijn in de verschillende modules concrete aanbevelingen gedaan.
- Samenstelling van de groepen kan variëren. Er kan gekozen worden voor een open of gesloten samenstelling van de groepen. Ook kan er worden gekozen om groepen samen te stellen naar gelang de ziektefase of ongeacht de ziektefase van de revalidanten.

Voor de uitvoering in de praktijk is vaststelling van het behandelprogramma in de zorginstelling nodig. Afspraken voor uitvoering van het behandelprogramma in de ketenzorg vallen onder de eindverantwoordelijkheid van de zorginstelling die het behandelprogramma vaststelt.

3.2.2 Samenwerking

Elke instelling heeft samenwerkingsafspraken binnen de eigen regio. Binnen deze samenwerking worden afspraken geconcretiseerd over:

- Signalering en verwijzing door oncologen, andere specialisten en huisartsen van revalidanten naar de geriatrische oncologische revalidatie en vervolgens naar de interventies binnen de geriatrische oncologische revalidatie. Verwijzing vindt veelal plaats door de oncoloog of een andere specialist in het ziekenhuis waar de revalidant behandeld wordt, maar kan ook plaatsvinden via spoedeisende hulp of huisarts/polikliniek.
- Interdisciplinaire consultatie voor de revalidatie van de revalidant: in het geval van oncologische consultatie bij behandelende oncologen en in het geval van revalidatie consultatie door een revalidatiearts met expertise op het gebied van geriatrische oncologische revalidatie (deze discipline is in ontwikkeling). Binnen de wetenschappelijke vereniging van specialisten ouderengeneeskunde Verenso heeft een aantal specialisten zich gespecialiseerd in geriatrische (oncologische) revalidatie (kaderartsen geriatrische revalidatiezorg). Gelobbyd wordt om de consulterende rol van de kaderarts geriatrische revalidatie een plaats te geven in de triage van de geriatrische revalidatiezorg.
- Voor specifieke revalidatie-vraagstukken kan ook een instelling uit de reguliere revalidatie worden geconsulteerd.

Verwijzen naar de eerste lijn waarbij de keuzevrijheid van de revalidant voorop staat. Advies is om te verwijzen naar gespecialiseerde praktijken. (www.verwijsgidskanker.nl)

3.2.3 mdo

Om de multidisciplinaire behandeling vorm te geven bestaat er een multidisciplinair overleg (mdo) onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. Uitkomsten van de intake, mdo, consultvragen en evaluatie worden door betrokken professionals bij de geriatrische oncologische revalidatie gedocumenteerd in een behandelplan en geëvalueerd. Bij start en afronding van de geriatrische oncologische revalidatie wordt de primaire verwijzer (medisch specialist of huisarts) tijdig geïnformeerd.

3.2.4 Zorgpad

IKNL heeft in samenwerking met de instellingen een zorgpad (bijlage 2) beschreven, die het proces van intake en verwijzing vanuit het ziekenhuis of de thuissituatie tot aan ontslag of heropname voor verdere behandeling beschrijft. Dit zorgpad kan de implementatie van geriatrische oncologische revalidatie ondersteunen en dient 'vertaald' te worden naar de eigen instelling.

4 Signalering, verwijzing, intake en therapeutisch klimaat

4.1 Signalering en verwijzing

Voor patiënten die worden doorverwezen naar geriatrische oncologische revalidatie geldt dat dit gebeurt na afronding van de behandeling of tijdens de behandeling, bijvoorbeeld om te revalideren tussen twee chemotherapietoedieningen, in of na chirurgie en voorafgaand aan de vervolgbehandeling. Voor toelating tot de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) geldt dat ook hier de triage dient te worden toegepast zoals landelijk gebruikelijk is.¹ Geriatrische revalidatiezorg is ook mogelijk als de oncologische behandeling niet is afgerond. Overigens is hier binnen betrokken gremia (NZA, Actiz, NVZ etc.) nog discussie gaande omdat de triage GRZ spreekt over een afgeronde medische behandeling alvorens door te plaatsen naar de GRZ. Bij de oncologische revalidant is een afgeronde behandeling nagenoeg nooit het geval bij verwijzing. Dit is een doelgroep die in aanmerking komt voor GRZ.

Doel

Signaleren van klachten en gevolgen van kanker bij geriatrische oncologische revalidant en bieden van geriatrische revalidatie gericht op het verbeteren van of behoud van de kwaliteit van leven.

Inclusie- en exclusiecriteria

Zie voor inclusie- en exclusiecriteria paragraaf 2.4.

Vorm van aanbod

- Groep/individueel: individueel en groep. Een groep omdat in een hierin ervaringen gedeeld kunnen worden

Wie doet wat?

1 Stappenplan

Het triage instrument geriatrische revalidatie dat door Verenso¹ is beschreven en landelijk wordt gebruikt, is van toepassing. De stappen uit het proces van signalering en verwijzing zijn:

- a. Lastmeter bespreken
- b. Verwijzing
- c. Overdracht

a. Lastmeter bespreken³

De Lastmeter (www.lastmeter.nl) wordt aan alle volwassen oncologiepatiënten uitgedeeld met een toelichting over het invullen, het doel en het vervolg ervan. De lastmeter kan ook gebruikt worden voor de kwetsbare (veelal oudere) patiënt. Geadviseerd wordt om de Lastmeter voor deze doelgroep aan te vullen met specifieke vragen (hiervoor is nog meer onderzoek nodig). De Lastmeter kan door de patiënt digitaal of schriftelijk worden ingevuld, bij voorkeur samen met de zorgverlener.⁵

Wie bespreekt de ingevulde Lastmeter?

Eén van de basisbehandelaars (medisch specialist, (gespecialiseerd) verpleegkundig(e) (specialist), huisarts en/of fysiotherapeut en/of ergotherapeut) bespreekt de Lastmeter met de patiënt. Voor de continuïteit van zorg is het belangrijk dat deze professional regelmatig en intensief contact heeft met de patiënt en tevens laagdrempelige en toegankelijke zorg aanbiedt met de nodige basisgespreksvaardigheden. Deze professional heeft kennis van het ziektebeeld, de behandelingen en de gevolgen op praktisch, gezins/sociaal, emotioneel, levensbeschouwelijk en lichamelijk gebied en van het perspectief van patiënten.³ De professional is op de hoogte van de mogelijkheden voor verwijzing als het

gaat om geriatrische oncologische revalidatie. Hier ligt een taak voor de instellingen om bekendheid te geven aan het feit dat zij geriatrische oncologische revalidatie aanbieden, maar ook over wat het behandelprogramma kan bieden en welke kwetsbare (veelal oudere) patiënten hiervoor in aanmerking komen.

Manier bespreken Lastmeter

- Lastmeter wordt in de geriatrische revalidatiezorg besproken zodra deze is ingevuld. Daar waar nodig wordt het behandelplan aangepast.
- Het bespreken van de Lastmeter dient, ongeacht de score, als basis voor een open dialoog waarbij de aard en ernst van problemen en de behoeften van een patiënt worden geëxploreerd.
- Afkappunt van de Lastmeter ligt bij een score van 4 op de thermometer.
- Bij een score <4 op de Lastmeter thermometer, wordt nagegaan of het klopt dat de patiënt momenteel weinig last ervaart. Er wordt gewezen op de mogelijkheid om bepaalde vragen/zorgen naar voren te brengen. Bij relatief milde problemen (scores lager dan de gehanteerde afkapscore) waarbij de verwachting van patiënt en zorgverlener is dat deze vanzelf herstellen, kan eenvoudig advies (bijvoorbeeld zelf fietsen of wandelen) volstaan. Het is mogelijk dat ondanks een lage lastscore de patiënt toch graag verwezen wil worden.
- Bij een score ≥ 4 op de Lastmeter thermometer, worden de aangegeven items met de patiënt doorgenomen, de belangrijkste problemen uitgediept, verpleegkundige/medische interventies toegepast en de behoefte aan verwijzing gepeild. Het is mogelijk dat ondanks een hoge lastscore de patiënt toch niet verwezen wil worden.²

Bespreekmomenten Lastmeter

- Eerste meting: vlak na het gesprek over de diagnose, bij het eerste vervolggelbesprek met behandelend arts of verpleegkundige.
- Vervolgmomenten:
 - I. Tijdens de behandeling: niet vaker dan elke 3 maanden met als laatste keer het gesprek waar de primaire behandeling wordt afgesloten. Eventueel ook op ziektegerelateerde risicomomenten: bij de start en het einde van elke behandeling, bij de overgang van behandeling naar controleperiode, bij het optreden van een recidief en/of metastasen en bij de overgang van curatieve naar palliatieve behandeling.
 - II. Tijdens de controleperiode in het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk: bij ieder (poliklinisch) bezoek maar niet vaker dan elke 3 maanden.
 - III. De laatste keer in het ziekenhuis bij de overdracht naar de eerste lijn, waarna signalering verder plaats vindt in de huisartsenpraktijk.³

In de geriatrische setting kan de Lastmeter worden herhaald, bijvoorbeeld elke 2 à 3 maanden. Indien de Lastmeter in het ziekenhuis nog niet is afgenomen, is het aan te bevelen om deze in de eerste week na opname binnen de geriatrische setting af te nemen.

b. Verwijzing

De verwijzing voor geriatrische oncologische revalidatie vindt plaats vanuit het ziekenhuis wanneer de patiënt in aanmerking komt voor revalidatie. Hierbij geldt het triage instrument geriatrische revalidatie, ontwikkeld door Verenso, dat landelijk geïmplementeerd is. Voorafgaand aan een verwijzing is het

wenselijk dat de Lastmeter is afgenomen en wordt besproken bij de aanmelding. Het resultaat van afname van de Lastmeter kan ook een reden zijn om te verwijzen naar geriatrische oncologische revalidatie. Zie hiervoor paragraaf 4.1.

Voor verwijzing is het raadzaam een lokaal overzicht te maken van verwijsmogelijkheden voor nazorg bij kanker. De website www.verwijsgidskanker.nl kan hierbij behulpzaam zijn.

Het is van belang dat primair medisch behandelbare oorzaken van klachten zoals vermoeidheid en functiestoornissen door adequate diagnostiek zijn uitgesloten door de primaire behandelaar en/of verwijzer alvorens te verwijzen voor een intake geriatrische oncologische revalidatie.

c. Overdracht

Bij verwijzing dient de verwijzer zorg te dragen voor een goede overdracht. Een standaard verwijsbrief bevat NAW-gegevens, gegevens over de oncologische diagnose en behandeling en de scores op de gebruikte signaleringslijsten. De signaleringslijsten (kopieën) worden meegestuurd met de verwijsbrief.

Meetinstrumenten

- Lastmeter.

4.2 Intake

Geriatrische oncologische revalidatie wordt voorafgegaan door een intake door of onder supervisie van een specialist ouderengeneeskunde van de instelling waar geriatrische oncologische revalidatie wordt geboden. Hoofdbehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde die een kaderopleiding geriatrische revalidatie heeft gevolgd.

Het doel van de intake is dat in overleg met de revalidant (en zijn mantelzorgers) een voorlopig behandelplan wordt opgesteld: wat zijn de doelen waar de revalidant aan wil gaan werken en wat wil hij daarmee bereiken? Het streven is hierbij terugkeer naar huis met voorkeur voor een zo kort mogelijke opname in verband met een mogelijk beperkte levensverwachting. Het tempo en de intensiteit van de revalidatie zijn aangepast aan de mate van belastbaarheid van de revalidant. Gestreefd wordt naar het hoogst haalbare niveau van therapie waarbij de focus ook ligt op zelfvertrouwen en veiligheid. Het behandelplan wordt regelmatig met de revalidant en eventueel mantelzorgers geëvalueerd en de behandeldoelen worden klinimetrisch gevolgd (zie voor klinimetrie in de behandelmodules H5).

De behandeling van revalidanten binnen de geriatrische revalidatiezorg vereist een multidisciplinaire aanpak waarbij niet alleen de geneeskundige inbreng is beschreven maar ook de bijdragen van de andere behandel disciplines (gedragswetenschappelijk, paramedisch) en overige voor de behandeling, relevante zorg die bij het behandelkader zijn betrokken. De specialist ouderengeneeskunde heeft de regiefunctie binnen dit multidisciplinaire behandelteam.

Een belangrijk onderdeel van de intake is de Lastmeter. Hiermee wordt niet alleen gekeken naar de doelen op lichamelijk gebied maar ook op mentaal en sociaal gebied (zie ook 4.1). Bij opname wordt door de verwijzer ook de Barthel Index aangeleverd; deze geeft niet alleen een beeld van de huidige mate van zelfstandig functioneren van de revalidant maar is ook verplicht gesteld door de zorgverzekeraars. De

Barthel Index kan de mate van (lichamelijke of verbale) hulp die een persoon nodig heeft om de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) uit te voeren worden vastgesteld, ongeacht de onderliggende pathologie.

Er is sprake van het vervangen van de Barthel Index door de USER. Beide instrumenten kunnen gebruikt worden. De USER geeft een uitgebreider inzicht in het functioneren, zowel fysiek als mentaal.

4.3 Therapeutisch klimaat

Er heerst op de afdeling een stimulerend klimaat; een geordend en gestructureerd oefenklimaat waarbij behandeling en zorg in de dagelijkse praktijk 24/7 zijn geïntegreerd. De revalidant revalideert in een omgeving die alle gelegenheid biedt om te werken aan herstel.¹

In het revalidatieproces worden tempo en de intensiteit aangepast aan de revalidant. Naast de verschillende behandelaars hebben ook de verzorging/verpleging, activiteitenbegeleiding, revalidatie-assistenten en gastvrouwen een belangrijke rol bij het oefenen van de geleerde activiteiten door de revalidant. Er wordt zoveel mogelijk functioneel geoefend waarbij de vraag van de revalidant centraal staat. Van de revalidant wordt verwacht (en daartoe gestimuleerd) om naar vermogen zelfstandig te oefenen.

De drie pijlers die binnen het therapeutisch klimaat te onderscheiden zijn, zijn: 1) interdisciplinaire therapie (individueel en groepsverband), 2) benaderingsmethoden van het zorgteam en 3) toepassing van het geleerde door de revalidant 'zelf leren revalideren!'. Het doel van de revalidatie is het toepassen van het geleerde in de eigen situatie. Daarom worden naast en mantelzorgers intensief betrokken bij en geïnformeerd over de therapie. De revalidant doet in alle opzichten zoveel mogelijk zelf en kan rekenen op een adequate begeleiding, aansporing of ondersteuning als dat bij een bepaalde taak nodig is.

Werkwijze

- Hanteren van het uitgangspunt dat de revalidant zoveel mogelijk zelf doet ('handen op de rug mentaliteit').
- Ondersteuning is gericht op een zo kort mogelijke ligduur met intensieve behandeling.
- Werken op basis van gerichte behandel- en zorg(leef)plannen met een duidelijk planning naar de ontslagdatum voor de revalidant.
- Creëren van een herstelgerichte therapeutische omgeving.

Literatuur

1. Alles is revalidatie. M. Terwel en J.M. Terwel, Eburon Uitgeverij, 2011.

Literatuur

- 1 Verenso, Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg, maart 2013.
- 2 Tuinman M, Gazendam-Donofrio S, Hoekstra-Weebbers J. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer* 2008;113(4):870-8.
- 3 IKNL. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg. Utrecht, 2017.
- 4 IKNL. Richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie. Utrecht, 2018.

5 IKNL. Richtlijnmodule Kwetsbare patiënten bij richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie. Utrecht, conceptversie, 2017.

Richtlijnen

- [Richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie](#)
- Richtlijnmodule Kwetsbare (veelal oudere) patiënten bij richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie
- [Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg](#)
- [Richtlijn Herstel na kanker](#)

5 Modules

5.1 Informatievoorziening

Doelen

- Informeren, toelichting en instructie geven over geriatrische oncologische revalidatie.
- Informeren over neveneffecten (vermoeidheid, problemen rondom voeding en mond- en maagdarmproblemen).
- Informeren over de mogelijke impact op de levensbeschouwing en/of spiritualiteit van kanker.
- Informeren over het belang van fysiek actief worden/blijven en fysiek actieve leefstijl.
- Informeren over en ondersteunen bij uitvoering van fysieke training.
- Informeren over het belang van goede en adequate voeding bij fysieke training.
- Informeren over dagbesteding, creatieve therapieën, en nadenken over zingeving toegespitst op de geriatrische revalidant.
- Motiveren en toerusten (empowerment) om zelf de regie in handen te nemen. Hier kan de partner of het sociale netwerk bij betrokken worden.
- Zo nodig motiveren voor meer gespecialiseerde hulpverlening bijvoorbeeld psychosociale zorg
- Informeren/leren omgaan met de gevolgen van de ziekte in de palliatieve fase.

Indicatie

- Revalidanten die in het kader van geriatrische oncologische revalidatie een of meerdere modules volgen.

Vorm van aanbod

- Individueel/eventueel in groep:
Meestal individueel gezien het feit dat revalidanten in andere fases zitten en verschillende problematiek hebben. Indien mogelijk wordt een open groep gevormd.
- Duur en frequentie:
Aansluitend op de mogelijkheden van aanwezige revalidanten.

Wie doet wat

Te bepalen per instelling, activiteiten/taken en verantwoordelijkheden, stappenplan behandelproces.

1 Intake

Er is geen module gebonden intake. De informatiemodule wordt aan alle revalidanten aangeboden.

2 Meetinstrumenten/aanvangstesten

Geen specifieke meetinstrumenten/aanvangstesten.

3 Opstellen (SMART-)doelen

Revalidanten worden uitgenodigd om na te denken over doelen die voor hen belangrijk zijn en die ze willen nastreven in het revalidatieproces. Door de zorgverlener worden deze omgezet in SMART-doelen en vervolgens bij de revalidant gecheckt of deze zich hierbij kan vinden.

4 (Tussen)evaluatie

Om de informatiemodule te evalueren, wordt gebruik gemaakt van een standaard vragenlijst waarin de mate van tevredenheid over de module (schaal 0-10), de relevantie van de onderwerpen en de werkwijze worden geëvalueerd (schaal 0-10). Zie bijlage 3.

5 Interventie³

Hieronder volgt een generieke indeling van de te behandelen onderwerpen. Instellingen kunnen dit op maat maken. De volgende onderwerpen komen aan bod:

- a. Geriatrische oncologische revalidatie (rol, inhoud, werkwijze, structuur)⁴
- b. Impact van kanker en kankerbehandeling op fysiek, emotioneel en spiritueel welbevinden (rol functioneren, draagkracht/draaglast) en het normaliseren van reacties^{1,2}
- c. Fysieke training en beweging; fysieke trainingsleer; fit worden en blijven
- d. Vermoeidheid
- e. Algemene voedingsadviezen (in relatie tot training) bij bepaalde symptomen⁶
- f. Dagindeling (ritme/adl/slappen) en zingeving (omgaan met partner/afscheid)⁹

a. Geriatrische oncologische revalidatie

Hierin wordt de bedoeling, inhoud, werkwijze en structuur van geriatrische oncologische revalidatie voor, tijdens en na de behandeling van kanker besproken. Aandacht wordt besteed aan de voordelen/effecten van geriatrische oncologische revalidatie bij kanker. De inhoud van de multidisciplinaire benadering en de modules worden besproken. Ook praktische aspecten zoals aanwezigheidsplicht/therapietrouw worden hierin besproken.

Ten aanzien van de werkwijze wordt aandacht besteed aan het belang van zelf de regie in handen hebben (empowerment). Bij de werkwijze wordt ook het belang van het stellen van doelen besproken en revalidanten en hun partners/mantelzorgers worden gevraagd hierover na te denken.

Bij de structuur wordt de invulling van de informatiemodule en de modulaire opzet van het programma besproken. Het is aan te bevelen de informatiemodule aan het begin van het programma te geven, zodat de informatie over de rol en inhoud van geriatrische oncologische revalidatie tot zijn recht komt. Indien het niet mogelijk is de informatiemodule aan het begin te geven, wordt aanbevolen de informatie over de rol en inhoud van geriatrische oncologische revalidatie aan te passen aan de situatie van de individuele revalidant of groep.

b. Impact van kanker en kankerbehandeling op fysiek, emotioneel en spiritueel welbevinden
Besproken worden vraagstukken ten aanzien van fysieke gevolgen (bijwerkingen) en emotionele gevoelens zoals boosheid, angst en onzekerheid, fases van verwerking (verlies)/acceptatie en draagkracht/draaglast. Ook worden, door een gespecialiseerde hulpverlener, handvatten en tips besproken om in deze fase van kanker de behandeling zo goed mogelijk te doorstaan en aangegeven wordt waar nuttige informatie gezocht kan worden/wordt aangereikt. Ingebrachte vragen op dit gebied worden besproken. Tevens worden gespreksmogelijkheden, rustmomenten en dergelijke door geestelijke verzorgers aangeboden om levensvragen aan de orde te kunnen stellen maar ook hulp om de weg naar de eigen krachtbron te vinden.

³ Voor de gehele module zijn de literatuurnummers 3,5,7 en 8 van toepassing.

c. Fysieke training en fysiek actief blijven

De insteek van deze informatie is dat fysieke training positieve effecten heeft tijdens en na de curatieve behandeling van kanker (zoals het handhaven van conditie en preventie van vermoeidheid). Daarnaast wordt hierin informatie gegeven over het feit dat fysieke training positieve effecten kan hebben in de palliatieve fase van kanker (reductie van vermoeidheid). Een gezonde en actieve leefstijl is op korte en langere termijn goed. Er wordt ook uitleg geven over de opbouw van het trainingsprogramma, de ACSM, de fit norm en de combinorm. Verwezen wordt naar websites en folders. Vragen over fysieke training en activiteit worden besproken.

d. Vermoeidheid

Globale uitleg en waarschuwing wordt gegeven over dat vermoeidheid kan optreden en hoe deze ontstaat. Een model van vermoeidheid waarbij beïnvloedende factoren worden aangestipt, de soorten vermoeidheid (verschil met andere vormen van vermoeidheid) en tips die vermoeidheid kunnen voorkomen/verminderen, komen aan de orde. Aangegeven wordt waar revalidanten nadere informatie over vermoeidheid kunnen vinden, zoals folders en verwijzingen. Ingebrachte vragen op het gebied van vermoeidheid worden besproken. Vermoeidheid wordt verder uitgewerkt in andere modules.

e. Voeding

Algemene informatie en generieke adviezen wordt gegeven over belang van voeding tijdens de behandeling van kanker. Aangegeven wordt dat een goede voedingstoestand van belang is en revalidanten dienen te waken voor ondervoeding (korte termijn en in relatie tot training) maar ook voor overgewicht (langere termijn). Tevens wordt informatie gegeven over smaakstoornissen, verminderde eetlust, mond – en maagproblemen door behandeling of de ziekte, en aanpassing van voeding. Er wordt gebruik gemaakt van bestaande folders en websites en aangegeven wordt waar revalidanten nadere informatie kunnen halen. Ingebrachte vragen op het gebied van voeding worden besproken, zie folders genoemd (pagina 24). Voeding komt verder aan bod in andere modules.

f. Dagbesteding

Aanbevolen wordt om de informatie over dagbesteding betrekking te laten hebben op het zo normaal mogelijk inrichten van de dag. Hierbij wordt aanbevolen de informatie op te delen in twee sub-onderwerpen. Het eerste onderwerp richt zich op dagbesteding in relatie tot een zo normaal mogelijke indeling van de dag. Hierbij kan gedacht worden aan adviezen op het gebied van dagelijkse activiteiten zoals wassen/aankleden, slaap/waakritme, rust en activiteit en energieverdeling over de dag. Het tweede onderwerp richt zich op dagbesteding in relatie tot (creatieve) bezigheden op de dag, binnen een therapeutisch klimaat.

6 Werkwijze

Tijdens de interventie wordt gebruik gemaakt van verschillende technieken om de zelfregie van de revalidant te versterken, waarbij rekening wordt gehouden met de kwetsbaarheid van de revalidant. Aanbevolen wordt het belang te benadrukken van zelfmanagement, zelfregulatie, eigen effectiviteit en het zelf verantwoordelijkheid nemen. Verder wordt in deze module voorlichting gegeven over de onderwerpen en daarbij de eigen regie van de revalidant te stimuleren. Informatie wordt zowel mondeling als schriftelijk verstrekt. Om zelfregie te versterken, wordt aangegeven waar en hoe revalidanten nadere informatie over de onderwerpen kunnen verkrijgen. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van presentaties, folders en

verwijzingen naar relevante websites en andere informatiebronnen. Er wordt zoveel mogelijk een interactieve werkwijze gehanteerd om actief lotgenotencontact te bewerkstelligen en sociale steun en tips van anderen te vragen, te ontvangen en te geven. Specifiek wordt ingezet op een positieve attitude ten aanzien van fysieke training/bewegen/revalidatie.

Het gaat bij de informatiemodule niet alleen om het geven van informatie, maar ook om het inventariseren hoe de informatie wordt ervaren en wat men met de informatie kan doen. Verder ligt bij de informatiemodule het accent op het begrijpen van informatie, zodanig dat de revalidant er iets mee kan doen (empowerment).

Rekening dient te worden gehouden met zaken die specifiek zijn voor ouderen zoals een mogelijk verminderde visus of gehoor. Bij andere modules zoals psycho-educatie gaat het om verdieping gericht op gedragsverandering. De informatiemodule bestaat daarom uit a) het geven van informatie met de bedoeling dat revalidanten de onderwerpen begrijpen en b) de interactie die nodig is om te komen tot goed begrijpen. Is er meer informatie of verdieping gewenst, dan wordt verwezen naar de andere modules.

Aan de instelling wordt overgelaten om partners/mantelzorgers ook te betrekken bij de informatiemodule in de vorm een meeloopdag of -sessie. Revalidanten krijgen bij de informatiemodule in elk geval het advies mee om de informatie ook met hun partner/mantelzorger te bespreken om hen op deze manier bij het revalidatieproces te betrekken.

7 Begeleiding

De verschillende sessies worden door verschillende disciplines begeleid afhankelijk van de onderwerpen. Dit is nader te bepalen door de instelling.

8 Herhaling meetinstrumenten

N.v.t.

Criteria voor afsluiten module

- Er ontstaat een uitsluitcriterium.
- Tijdens de behandeling wordt tussen revalidant/systeem en behandelaars geen overeenstemming (meer) bereikt over de doelen.
- Revalidant kan of wil de gemaakte afspraken niet nakomen.
- Programma is afgerond en er zijn voorbereidingen getroffen voor een vervolgsituatie. Er wordt altijd zorg gedragen voor een goed vervolgadvis en de overdracht van zorg.

Protocollen en procedures (die gebruikt worden tijdens behandelproces)

Werkboek/informatieboek door eigen instelling te maken.

- Bijlage 3 Evaluatieformulier module informatievoorziening
- Bijlage 4 Voeding

Literatuur

- 1 Ballard-Barbash R, Friedenreich CM, Courneya KS, Siddiqi SM, McTiernan A, Alfano CM. Physical activity, biomarkers, and disease outcomes in cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2012 Jun 6;104(11):815-40. doi: 10.1093/jnci/djs207. Epub2012 May 8. Review.

- 2 Cockle-Hearne J, Faithfull S. Self-management for men surviving prostate cancer: a review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances. *Psych oncology*. 2010 Sep;19(9):909-22. doi: 10.1002/pon.1657. Review.
- 3 Bower JE. Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *J Clin Oncol*. 2008 Feb 10;26(5):768-77. doi: 10.1200/JCO.2007.14.3248. Review.
- 4 Davies NI, Batehup L. Towards a personalised approach to aftercare: a review of cancer follow-up in the UK. *J Cancer Surviv*. 2011 Jun;5(2):142-51. doi: 10.1007/s11764-010-0165-3. Epub 2011 Jan 21. Review.
- 5 Fiscella K, Ransom S, Jean-Pierre P, Cella D, Stein K, Bauer JE, Crane-Okada R, Gentry S, Canosa R, Smith T, Sellers J, Jankowski E, Walsh K. Patient-reported outcome measure suitable to assessment of patient navigation. *Cancer*. 2011 Aug;117(15 Suppl):3603-17. doi: 10.1002/cncr.26260. Review.
- 6 Brem S, Kumar NB. Management of treatment-related symptoms in patients with breast cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2011 Feb;15(1):63-71. doi: 10.1188/11.CJON.63-71. Review.
- 7 Pinto BM, Floyd A. Theories underlying health promotion interventions among cancer survivors; *Semin Oncol Nurs*. 2008 Aug;24(3):153-63. doi: 10.1016/j.soncn.2008.05.003. Review.
- 8 Mc Cabe MS, Jacobs L. Survivorship care: models and programs. *Semin Oncol Nurs*. 2008 Aug;24(3):202-7. doi: 10.1016/j.soncn.2008.05.008. Review.
- 9 Ganz PA, Casilas J, Hahn EE. Ensuring quality care for cancer survivors: implementing the survivorship care plan. *Semin Oncol Nurs*. 2008 Aug;24(3):208-17. doi: 10.1016/j.soncn.2008.05.009. Review.

Folders

- WKOF-folder: Lichaamsbeweging en kankerpreventie
- WKOF-folder: Gezonde voeding
- WKOF-folder: Na kanker
- KWF-folder: Vermoeidheid na kanker
- KWF-folder: Ouderen en Kanker

Websites

- www.voedingenkankerinfo.nl
- www.kwf.nl
- www.oncoline.nl: Ondervoeding
- www.gezondheidsnet.nl : Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen
- www.kanker.nl: Voedingschecklist
- www.zorgvoorbeter.nl: Levensvragen en ouderen (overzicht regionale initiatieven)
- www.wkof.nl
- www.nfk.nl
- www.wegwijzerkanker.nl

5.2 Fysieke training

Doelen

- Optimaliseren/handhaven gewenste fysieke conditie en activiteitsniveau. In de curatieve fase: opbouwen en verbeteren van de fysieke conditie. In de palliatieve fase: optimaliseren en behouden van fysieke conditie en activiteitsniveau. Tijdens de fase van behandeling: met name gericht op het behouden van de fysieke conditie.
- Preventie/verminderen vermoeidheidsklachten door middel van bewegen.
- Handhaven/optimaliseren fysiek functioneren/kwaliteit van leven.
- Stimuleren tot actieve en gezonde leefstijl.
- Leren kennen van fysieke grenzen.
- Leren omgaan met fysieke beperkingen.

Indicaties

- Revalidant kan zich bevinden in alle fases van de kanker.
- Revalidant heeft/ervaart een verminderde fysieke conditie, verlaagd activiteitsniveau en/of aanwezige vermoeidheid.
- Revalidant waarbij een achteruitgang in fysieke conditie en activiteitsniveau en optreden van vermoeidheidsklachten voorkomen dient te worden (preventie). Met name tijdens en na de behandeling van kanker.
- Revalidant ervaart fysieke beperkingen bij activiteiten in ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen), HDL (Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen), IADL (Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) en/of binnen sociale contacten.

Contra-indicaties

Voor algemene, kanker specifieke en relatieve contra-indicaties is overleg met de medisch specialist doorslaggevend.

Algemene contra-indicaties

- Extreme vermoeidheid en anemie.
- Cardiotoxiciteit en pulmonale problematiek: in overleg met medisch specialist en volg ACSM-richtlijn voor testen + trainen.

Relatieve contra-indicaties

- Beperkende nevenpathologie (zoals neuropathie).
- Beenmergtransplantatie/verstoorde immuniteit.
- Instabiel bloedbeeld.
- Koorts (of andere training belemmerende parameters).

Zie [ACSM Roundtabel](#) (tabel 3) voor (relatieve) contra-indicaties, stopredenen en risico's bij training.

Vorm van aanbod

- Groep/individueel:
Op basis van fysieke en psychische beperkingen en expertise van behandelaars wordt gekozen voor een

groepsbehandeling of individuele behandeling. Voor beide vormen zijn voor- en nadelen aan te geven. Het is belangrijk dat er sprake is van individuele differentiatie. Daarnaast is het belangrijk om een en ander af te stemmen op de persoonlijke behoeften en hulpvraag van de revalidant. Wanneer er geen contra-indicaties bestaan, verdient groepsbehandeling de voorkeur vanwege de positieve effecten van lotgenotencontact (effect van subjectieve norm, her- en erkenning, versterking van zelfeffectiviteit en groepsdynamica).

- Groeps grootte:
4 tot 8 revalidanten, gemiddeld 1 therapeut per maximaal 4 revalidanten. De groeps grootte is aangepast ten opzichte van reguliere Medisch specialistische revalidatie bij oncologie. Oefenen in grotere groepen is niet haalbaar.
- Open/gesloten groep:
Open/gesloten groepen zijn beide mogelijk. Open groepen zijn het meest praktisch omdat revalidanten op diverse dagen en tijden binnenkomen.
- Duur en frequentie:
Individuele intake van 30-60 minuten. De aanbevolen beweeg-/trainingsfrequentie is 3-5 keer per week voor ongeveer 20-30 minuten. Dit wordt op basis van de belastbaarheid van de revalidant indien nodig bijgesteld en kan worden aangevuld met een zelfstandig oefenprogramma. Dit oefenprogramma kan ook uitgevoerd worden met mantelzorgers of zorgmedewerkers.

Tijdens de fase van behandeling moet er rekening gehouden worden met de medische behandeling (chemotherapie/radiotherapie) waardoor de revalidant niet op de locatie aanwezig is. Tijdens deze fase is er kans dat de individuele behandel frequentie niet wordt gehaald. Er wordt dan gekeken naar mogelijkheden om de revalidant in een zo optimaal mogelijke conditie te houden.

Tijdens de palliatieve fase kan de frequentie, duur en intensiteit per dag sterk variëren. Er moet rekening gehouden worden met mogelijkheden en individuele wensen van de revalidant.

Wie doet wat

Te bepalen per instelling, activiteiten/taken/verantwoordelijkheden, stappenplan behandelproces.

1 Intake/stappenplan

- Indicatie voor fysieke training vaststellen, uitvoeren sub maximale inspanningstest en bepalen (contra) indicaties en veiligheid voor training (specialist ouderengeneeskunde). Op de revalidatielocaties binnen de geriatrie zijn maximale inspanningstesten vaak niet af te nemen en ook de doelgroep leent zich hier niet voor. Daarom gaat de voorkeur uit naar sub maximale inspanningstesten.
- Module gebonden intake (fysiotherapeut/bewegingsagoog). Er dient specifiek aandacht te zijn voor de stoornissen in functies/functioneren op basis van de oncologische problematiek en kanker gerelateerde behandeling die de revalidant ondergaat.
- Afname klinimetrie (fysiotherapeut/bewegingsagoog). Denk hierbij, bij opname in de GRZ, aan de 10-meterlooptest (10MLT), 2-minutenwandelttest (2MWT) in de behandel fase met ondersteuning door meten HF en saturatie. De 2MWT is toegevoegd vanwege de soms lage belastbaarheid van revalidanten. In verdere fases na de behandeling of na de GRZ kan je denken aan de 6-minutenwandelttest (6MWT), shuttle-walk-test of steepramp test.
- In kaart brengen voedingstoestand door een diëtist in verband met wel of niet kunnen uitvoeren van krachttraining: BMI/lengte-gewichtsverloop, risico op ondervoeding of overgewicht.

- Opstellen SMART-doelen bijvoorbeeld aan de hand van de Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) (fysiotherapeut/bewegingsagoog).
- Opstellen, starten, evalueren en begeleiden van trainingsprogramma (fysiotherapeut/bewegingsagoog).
- Monitoren en aanspreekpunt bij problemen tijdens fysieke training (specialist ouderengeneeskunde)
- Aansturen van zorgmedewerkers binnen de revalidatiesetting en hoe bewegen in de ADL geïntegreerd kan worden (fysiotherapeut/bewegingsagoog).
- Herhalen van klinimetrie (fysiotherapeut/bewegingsagoog).
- Teambesprekingen (team): patiëntbesprekingen, multidisciplinaire teambesprekingen (mdo), organisatorische overlegvormen (met aandacht voor SMART-doelen, inhoud, frequentie en duur, taken en verantwoordelijkheden van aanwezigen) met rapportage/notulering.

2 Meetinstrumenten/aanvangstesten

- Conditie/VO2-submax: bij opname in de GRZ afnemen van de 10-meterlooptest (10MLT), 2-minutenwandertest (2MWT) in de behandel fase met ondersteuning door meten HF en saturatie. In latere fases van de revalidatie of thuissituatie kan gedacht worden aan sub maximale testen (shuttle walk/2 tot 6-minutenwandel test, steepramp test) worden afgenomen. Doel: aanvangstest ter bepaling trainingsparameters voor de opbouw van training en effectevaluatie.
- Spierkracht: Handhelddynamometer. Doel: effectevaluatie en/of indirecte 10RM test. Doel: bepaling trainingsparameters voor opbouw van de training (en eventueel evaluatie). De 10RM-test afnemen is vaak mogelijk in revalidatielocaties en betrouwbaar bij ouderen. Uitslag Handhelddynamometer ook doorgeven aan diëtist voor voedingstoestand.
- Vermoeidheid: VAS en/of BORG-schaal RPE6-20. Bij VAS > 4: MVI-20 afnemen. Doel: monitoren van belasting tijdens programma.
- Pijn: VAS.
- Valrisico: Berg Balance Scale of Poma Tinetti, Timed UP and Go Test om aangrijpingspunten/domeinen voor valgevaar te bepalen.
- Fysiek functioneren: EORTC subschaal fysiek functioneren. Doel: effectevaluatie. **(N.B.** totale EORTC-QLQ-C30 voor gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven wordt afgenomen) De EORTC-QLQ-ELD 14 kan worden toegevoegd aan de EORTC-QLQ-C30. De EORTC-QLQ-ELD 14 moet apart worden opgevraagd en gedownload (<http://groups.eortc.be/qol/why-do-we-need-modules>, linksonder klikken op ACADEMIC ONLY Download Module).
- Activiteitsniveau: Activiteitenmeter/accelerometer (versnellingsensor die intensiteit, duur, frequentie van beweging meet). Doel: ter indicatie van huidig beweegpatroon/mate van belastbaarheid en effectevaluatie.
- Fysieke klachten: PSK. Doel: screeninginstrument en om SMART-doelen te formuleren.

3 Opstellen (SMART)-doelen

Opstellen van SMART-doelen (fysiotherapeut/bewegingsagoog) binnen de overkoepelende revalidatiedoelen samen met revalidant aan de hand van hulpvraag, anamnese en klinimetrie, bijvoorbeeld PSK.

4 (Tussen)evaluatie

Behandeling evalueren op:

- SMART-doelen: trainingswinst of behoud van conditie/kracht (fysiotherapeut/bewegingsagoog), al dan niet op basis van herhaling van klinimetrie.

- Tevredenheid over het effect van de behandeling, betrokkenheid bij revalidatieproces, informatievoorziening, aansluiting behandeling bij wensen/behoefte van revalidant, deskundigheid behandeling, en efficiëntie behandeling (ingezette capaciteit in relatie tot uitkomst behandeling).
- BORG-schaal ter evaluatie van de gegeven trainingen.

5 Interventies

Fysieke training bestaande uit:

- aerobe training, in combinatie met
- krachttraining
- functionele training

De fysieke training interventies worden gekoppeld aan de (SMART-)doelen.

In de fase tijdens de behandeling van kanker gaat het om interventies die gericht zijn op preventie van klachten en behoud van functie en conditie. De revalidatie in de fase na de behandeling is gericht op het verbeteren van functies, conditie en kracht. Het gaat in de palliatieve fase om interventies die gericht zijn op preventie van klachten en behoud van functie/conditie bij revalidanten om de kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en eigenwaarde van revalidanten zo hoog mogelijk te houden. De vorm en intensiteit van de training worden in overleg met de revalidant vastgesteld. Daarbij wordt rekening gehouden met het huidige activiteitenpatroon, voorkeuren en mogelijkheden, de te verwachten bijwerkingen van de behandeling, de te verwachten beperkingen door kankersoort, plaats van de tumor(en), eventuele uitzaaiingen en de soort behandeling die de revalidant ondergaan heeft en/of ondergaat en de haalbaarheid voor de revalidant.

a Aerobe training

Ter optimalisering, handhaving gewenste fysieke conditie en activiteitsniveau, en preventie of vermindering van vermoeidheid.

De adviezen voor training zijn gebaseerd op de richtlijnen van American College of Sports Medicine (ACSM) voor gezonde volwassenen, evidentie van studies op het gebied van fysieke training bij kanker en best practices¹. In de literatuur wordt aangegeven dat fysieke training een veilige en goed te verdragen interventie is voor mensen met kanker ook tijdens de behandeling van kanker, uitgaande van een adequaat vooronderzoek, testen en handhaving van veiligheidsprocedures tijdens training (Roundtable ACSM). In de literatuur is een brede variatie aan trainingsprogramma's bij mensen met kanker voorhanden, maar voorschriften voor het meest optimale programma ontbreken. Veel auteurs geven aan dat bij het voorschrijven van beweging/training bij mensen met kanker, de leeftijdsgeschiedte richtlijnen van de ACSM (voor gezonde volwassenen² of ouderen³) gevolgd kunnen worden. Hierbij wordt aangegeven deze aan te passen aan de oncologische revalidant door rekening te houden met de kanker specifieke problematiek en bijwerkingen van de kankerbehandeling, huidig activiteitsniveau, persoonlijke doelen en voorkeuren van de revalidanten en de haalbaarheid voor de revalidanten (zie Roundtable ACSM, tabel 4). Er is nauwelijks evidentie te vinden over de geriatrische oncologische revalidant. Daarom is er gekozen voor adviezen uit de ACSM Roundtable en deze aan te vullen met kennis over volwassenen met kanker en de beweegrichtlijnen 2017 van de gezondheidsraad hoofdstuk 2.3 gericht op ouderen.

Uitgangspunten, adviezen voor de training

- Uitgangspunt voor de training is begeleiding gericht op het voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond bewegen voor 55-plussers half uur tenminste matig intensieve lichamelijke activiteit (3-5 MET), vanuit gezondheidskundig oogpunt. Voor de geriatrische oncologische revalidant binnen de GRZ is dit vaak moeilijk haalbaar. De fitnorm is niet meegenomen, deze is meestal niet toepasbaar voor ouderen.
- Algemeen uitgangspunt voor fysieke activiteit bij/na kanker (ACSM Roundtable): vermijdt inactiviteit, terugkeer naar normale dagelijkse activiteit na chirurgie. Continueer normale dagelijkse activiteit en beweging/training zoveel mogelijk gedurende en na niet-chirurgische behandelingen. Veel mensen met kanker kunnen beginnen met een licht tot matig intensief programma zoals wandelen, met of zonder supervisie.⁴
- Voor training wordt aanbevolen deze te doen aan de hand van de richtlijnen van ACSM voor gezonde volwassenen of ouderen¹ en aan te passen aan kanker specifieke problematiek en bijwerking van de kankerbehandeling, huidige activiteitsniveau, persoonlijke doelen en voorkeuren van de revalidant. Voor ouderen zijn er geen aanvullende punten bekend.
- Aanbevolen wordt de training op maat te geven aan de hand van de FITT-principes (Frequentie, Intensiteit, Tijd en Type).
- Bij de opbouw van fysieke activiteit is het van belang dat de therapeut de factoren die van invloed zijn op het fysieke activiteitsniveau en gezond beweeggedrag bewust stimuleert. Het gaat hierbij om een positieve attitude en subjectieve norm ten gunste van beweging, hoge ervaren controle of eigen effectiviteitsbeleving, naast ervaren succes en plezier in het bewegen en intrinsieke motivatie. De 'Coachmethode' (zie websites) kan hierbij ook handvatten bieden.

Inhoud, opbouw van gesuperviseerd trainingsprogramma

- F: Frequentie: 3 (-5) x per week aerobe training. In verband met de praktische haalbaarheid wordt geadviseerd in elk geval 2 keer onder supervisie te laten trainen/bewegen. Dit kan aangevuld worden met een instructie voor zelfstandig te trainen en/of een huiswerk programma. Zelfstandig training is opgenomen omdat een revalidant 24/7 revalideert en ook tijd heeft voor een eigen programma buiten de behandelingen om. Als een revalidant niet in staat is tot een zelfstandig programma, kan in samenspraak met de zorg en de revalidant bewegen onder supervisie. Denk hierbij aan lopen met de zorg of het samen uitvoeren van huiswerkprogramma.
- I: Intensiteit: Afhankelijk van de mogelijkheden en doelstelling van de revalidant, met name in de palliatieve fase. Bij gesuperviseerde training wordt aanbevolen te trainen conform de ACSM-richtlijnen voor ouderen. Hierin wordt een matige en matige tot hoge intensiteit aanbevolen, uitgedrukt als % van maximale hartfrequentie, of % van HRR (hartslagreserve), of % VO₂-max, of Borgscore, waarbij matige intensiteit = 40-59% HRR of VO₂-R, 64-76% HF_{max}, 66-63% VO₂-max en Borgscore RPE 12-13². Bij het trainen wordt aanbevolen rekening te houden met de belastbaarheid van de revalidant. Voor revalidanten die niet aan de ACSM-norm kunnen voldoen en/of matig belastbaar zijn wordt voorgesteld 3-5 keer per week met een matige intensiteit te trainen/bewegen. Revalidanten die aan de ACSM-norm kunnen voldoen worden geadviseerd 3-5 keer per week te trainen/bewegen met een matige tot hoge intensiteit². Voor gedeconditioneerde revalidanten en chronisch zieken wordt aangeraden te starten met een lichte tot matige intensiteit²⁶. ACSM heeft ook aparte richtlijnen gepubliceerd voor ouderen. In deze richtlijnen voor volwassenen wordt een matig-intensieve training van langere duur aanbevolen, op 50 tot 60 procent van de maximale belasting of een vermoeidheidsscore van 4 tot 5 op een Borgschaal van 6 tot 20. Training met een hogere intensiteit resulteert in grotere effecten op functionele inspanningscapaciteit,

maar is geassocieerd met een groter cardiovasculair risico een lagere therapietrouw en een groter risico op een orthopedisch letsel⁴.

- T: Tijd 20-45 minuten inclusief warming up, training, cooling down. Bij sedentaire revalidanten die niet aan de norm voldoen en/of matig belastbaar zijn, kan worden begonnen met 20 minuten waarbij toegewerkt wordt naar 30 minuten. Bij revalidanten met een lage conditie kan ook met intervaltraining begonnen worden voor het bereiken van duerprikkel van 20 minuten. Voor revalidanten die aan de norm voldoen en/of goed belastbaar zijn, kan 30 minuten (of langer) worden getraind.
- T: Type: aerobe training op fietsergometers, loopbanden, roei-ergometers.

Trainingsparameters bepalen

Indien mogelijk wordt voor het bepalen van de trainingsparameters gebruik gemaakt van de gegevens van sub maximale testen die het meest betrouwbaar zijn.

- Trainen volgens de formule van Tanaka: $Hf_{max} = 208 - (0,7 \times \text{leeftijd})$.
- Training op % van Hf_{max} . waarbij matige training is 64-76% Hf_{max}
- Hf_{max} kan bepaald worden via formule van Tanaka: $Hf_{max} = 208 - (0,7 \times \text{leeftijd})$.
- Training kan (ook) worden opgebouwd aan de hand van de Borg schaal (RPE 6-20) waarbij 12-13 overeenkomt met matige intensiteit, maar hartslag gestuurde training verdient de voorkeur.
- Bij medicatiegebruik zoals bètablokkers ontstaat een verlaagde hartslag in rust en bij inspanning, gemiddeld 10-15 slagen/ minuut. Bètablokkers zetten 'een rem op het hart' als bescherming zodat het hart niet te krachtig slaat. Hier dient dus rekening mee te worden gehouden tijdens de training.
- De Borgscore van 6-20 gebruiken om de training te monitoren. De Borg-schaal van 6-20 is beter gevalideerd. Borg 13 is dan gewenst voor het volhouden van de training. De RPE-waarde kan dan berekend worden: $\text{borgwaarde} \times 10 = \text{hartslag}$.

Opbouw

Tijdens de training worden zoveel mogelijk de generieke trainingsprincipes in acht genomen (overload, specificiteit, individuele verschillen/initiële waarden, reversibiliteit) uit richtlijnen en de standaard beweeginterventie Oncologie van KNGF.

Aandacht voor tumorspecifieke richtlijnen (zie [Roundtable](#)). De ACSM Roundtable geeft aan dat voor borst-, prostaat-, colon- en hematologische kanker zonder stamceltransplantatie de ACSM-norm-/richtlijn voor fysieke activiteit kan worden gevolgd. De ACSM geeft aan dat vrouwen met gynaecologische tumoren met obesitas mogelijk extra supervisie behoeven tijdens de aerobe training¹. De ACSM adviseert tevens om bij revalidanten met een hematologische kanker met stamceltransplantatie de training te starten met een lichtere intensiteit en lagere progressie van intensiteit en duur te hanteren dan gebruikelijk¹. Zie verder Roundtable (tabel 3 en 4) voor (contra-)indicaties en risico's bij trainen.

Aandachtspunten van training tijdens de behandeling: zie bijlage 5 Bijwerkingen cytostatica. Let op hygiëne tijdens chemotherapie (zie bijlage 6 Veilig omgaan met cytostatica).

N.B. Recente ontwikkelingen geven aan dat in plaats van duurtraining ook gebruik kan worden gemaakt van een (aerobe) intervaltraining, waarbij onder de lactaatrempel wordt getraind. Ook voor slecht belastbare revalidanten kan bij aanvang van de training voor een intervalprotocol worden gekozen.

b Krachttrainingsprogramma

Ter optimalisering/handhaven gewenste fysieke conditie/kracht en preventie van vermoeidheid.

Inhoud krachttrainingsprogramma

Conform de richtlijnen van ACSM voor gezonde volwassenen/ouderen, literatuur en best practices, aangepast aan de situatie van de oncologisch revalidant, volgens FITT.

- F: 2 (-3) x per week krachttraining, rekening houden met hersteltijd van 48 uur (tot 96 uur voor ouderen). Dit is sterk afhankelijk van de mogelijkheden en doelstelling van de revalidant. Kan aangeboden worden in laag tot matige intensiteit of indien mogelijk matig tot hoge intensiteit, ook rekening houdend met de voedingstoestand.
- I: Voor oudere revalidanten en revalidanten die beginnen met krachttraining kan gekozen worden voor 40-60%-10RM. Voor het trainen van het spieruithoudingsvermogen wordt 50%-10RM genomen.
 - 2 sets, 2-3 minuten rust tussen sets wordt aangeraden bij krachttraining.
 - 8-12 herhalingen bij krachttraining (gericht op het bereiken van vermoeidheid maar geen uitputting). (10-15 herhalingen voor middelbare/oudere revalidanten en/of die beginnen met trainen en 15-20 herhaling bij trainen van spieruithoudingsvermogen (afhankelijk van doelstelling revalidant voor kracht of uithoudingsvermogen).
- T: Sessie ca. 20 minuten.
- T: Krachttraining van grote spiergroepen (bovenste en onderste extremiteit en buik/romp musculatuur), zoals m. longissimus, m. biceps brachii, m. rhomboideus, m. quadriceps, m. glutei, m. gastrocnemius, m. pectoralis major, m. pectoralis, m. triceps brachii, m. deltoideus, m. trapezius., m. rectus abdominis, hamstrings.
Patroon: rekening houden met hersteltijd van minimaal 48 uur tussen de trainingen en 2-3 minuten tussen de sets bij krachttraining. Bij ouderen is in recent onderzoek bewezen dat de hersteltijd bij ouderen kan oplopen tot 96 uur. Belangrijk is om ook rekening houden met voedingstoestand en eventueel ondergewicht.

Opbouw:

Tijdens de training worden zoveel mogelijk de generieke trainingsprincipes in acht genomen (overload, specificiteit, individuele verschillen/initiële waarden, reversibiliteit). Aandacht voor tumorspecifieke richtlijnen (contra) indicaties, risico's bij trainen (zie Roundtable tabel 3 en 4) en de opbouw zo veel mogelijk op de geriatrische revalidant toepassen.

De ACSM adviseert extra aandacht voor krachttraining bij revalidanten met borst- en gynaecologische tumoren. Dit in verband met mogelijk ontstaan van lymfoedeem. Bij revalidanten met borstkanker is inmiddels bekend dat krachttraining mogelijk is. De ACSM adviseert dit onder supervisie langzaam op te bouwen¹. Een langzamere opbouw van de krachttraining wordt tevens geadviseerd voor revalidanten met dikke darmkanker met een stoma¹. Er wordt gewaarschuwd voor het risico van druk verhogende momenten en risico op hernia. Zie verder Roundtable tabel 3 en 4 voor (contra)indicaties en risico's bij trainen.

Aandachtspunten van training tijdens behandeling: zie bijlage 5 Bijwerkingen cytostatica onder procedures. Let op hygiëne tijdens chemotherapie: zie bijlage 6 Veilig omgaan met cytostatica.

c Functionele training

Dit is gericht op het behoud en verbeteren van ADL-functies en het thuis kunnen functioneren. Hierbij hoort het behoud van zelfstandig functioneren in de thuissituatie. Dit vormt de basis van de fysieke training, aangezien ouderen vaak niet meer werkzaam zijn. Functionele training wordt 24/7 toegepast binnen de revalidatiesetting waarbij de zorgmedewerkers de revalidanten stimuleren tot en begeleiden bij ADL-activiteiten.

6 Behandelprincipes

In alle trainingsvormen is aandacht voor patiëntempowerment. Hierbij is de revalidant als coach verantwoordelijk voor zijn eigen training. Hij stelt daartoe waar mogelijk zijn eigen, in samenwerking met de behandelaars, SMART-doelen op en houdt zijn vooruitgang bij in een activiteitendagboek of -schema waarin de revalidant per trainingssessie zijn hartslag en Borg-score kan noteren. De therapeut begeleidt de revalidant bij het stellen van doelen en informeert hem over zaken gerelateerd aan de fysieke training en het fysieke activiteitsniveau en tracht daarbij een positieve attitude ten aanzien van bewegen te creëren. Patiëntempowerment wordt verder bewerkstelligd door het versterken van de eigen effectiviteit, bijvoorbeeld door het laten opdoen van succeservaringen, door te beginnen met een lage inspanning of een makkelijk uit te voeren activiteit en/of door het met succes afronden van de trainingssessie of module. Ook verbale aanmoediging van de revalidant door de therapeut en door de revalidant samen met anderen revalidanten te laten trainen kan de eigen effectiviteit van revalidanten versterken en daarmee de empowerment vergroten.

7 Herhaling meetinstrumenten

- Conditie/sub VO₂-max: VO₂-submax-test of sub maximale testen (2 tot 6-minuten wandeltest, steepramp test, shuttle walk) wordt afgenomen. Doel: effectevaluatie. Bij opname in de GRZ afnemen van de 10-meterlooptest (10MLT), 2-minutenwandeltest (2MWT) in de behandel fase met ondersteuning door meten HF en saturatie
- Spierkracht: Handhelddynamometer met als doel: effectevaluatie en/of 10RM met als doel: bijstellen trainingsintensiteit en evaluatie.
- Vermoeidheid: VAS. Indien VAS-score vermoeidheid > 4 dan MVI afnemen. Doel: effectevaluatie.
- Vermoeidheid tijdens en vlak na training: Borg-schaal 6-20. Doel: monitoren van belasting tijdens programma.
- Fysiek functioneren: (EORTC sub schaal fysiek functioneren). Doel: effectevaluatie (**N.B.** totale EORTC-QLQ-C30).
- Activiteitsniveau: Activiteitenmeter/ (versnellingsensor die intensiteit, duur, frequentie van beweging meet). Doel: evaluatie.
- PSK eventueel. Doel: effectevaluatie.

Criteria voor afsluiten module

- Gestelde revalidatiedoelen zijn gehaald.
- Gestelde doelen zijn nog niet gehaald, de afgesproken behandelduur is verstreken en er is geen goede reden om behandelduur te verlengen.
- Er ontstaat een uitsluitcriterium.
- Tijdens de behandeling wordt tussen revalidant/systeem en behandelaars geen overeenstemming (meer) bereikt over de doelen.

- Revalidant kan of wil de gemaakte afspraken niet nakomen.
- Programma is afgerond en er zijn voorbereidingen getroffen voor vervolgsituatie. Er wordt altijd zorg gedragen voor een goed vervolgadvies en overdracht van zorg.

Protocollen en procedures (die gebruikt worden tijdens behandelproces)

- VO2-sub max-inspanningstest
- 10RM test
- Richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie
- ACSM Roundtable Exercise guidelines for cancer survivors
- Richtlijn ACSM voor oudere volwassenen: http://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2009/07000/Exercise_and_Physical_Activity_for_Older_Adults.20.aspx
- ACSM Roundtable (tabel 3 en 4): http://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2010/07000/American_College_of_Sports_Medicine_Roundtable_on.23.aspx
- Bijlage 5 Bijwerkingen cytostatica
- Bijlage 6 Veilig omgaan met cytostatica

Meetinstrumenten (die gebruikt worden voor effectevaluatie)

Inventariserend/richting gevend voor behandeling:

- Conditie/VO2-submax: sub maximale testen (shuttle walk/2 tot 6-minuten wandeltest, steepramp test) bij opname in de GRZ afnemen van de 10-meterlooptest (10MLT), 2-minutenwandeltest (2MWT)
- Spierkracht: 10RM
- Balans: Berg Balance Scale/ Poma Tinetti, Timed Up and Go Test
- EORTC-QLQ-C-30: <http://groups.eortc.be/qol/why-do-we-need-modules>
- VAS-vermoeidheid: www.meetinstrumentenzorg.nl/algemenemeetinstrumenten.aspx?meetinstrument=41
- PSK: www.meetinstrumentenzorg.nl/algemenemeetinstrumenten.aspx?meetinstrument=206

Hulpmiddel tijdens behandeling:

- BORG-schaal 6-20/VAS-schaal

Effectevaluatie:

- Conditie/VO2-submax: sub maximale testen (shuttle walk/2 tot 6-minuten wandeltest, steep ramp test)
- Spierkracht: Handheld dynamometer en/of 10RM
- EORTC-QLQ-C-30, EORTC-QLQ-ELD 14 (fysiek functioneren)
- Activiteitsniveau: Activiteitenmeter/accelerometer (sensor die versnelling/beweging meet)
- MVI-20
- PSK

Literatuur

- 1 Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvão DA, Pinto BM, Irwin ML, Wolin KY, Segal RJ, Lucia A, Schneider CM, von Gruenigen VE, Schwartz AL; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc.* 2010 Jul;42(7):1409-26. Erratum in: *Med Sci Sports Exerc.* 2011 Jan;43(1):195. PubMed PMID: 20559064.

- 2 American College of Sports Medicine. Position stand: Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 1998; 30:992-1008.
- 3 American College of Sports Medicine. Position stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. Med Sci Sports Exerc. 1998; 30:975-91.
- 4 Pollock ML, Franklin BA, Balady GJ, Chaitman BL, Fleg JL, Fletcher B, et al. AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. Circulation. 2000 Feb 22;101(7):828-33.
- 5 Sportgericht, nr.2, 2007.

Richtlijnen

- Richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie
- Richtlijn ACSM: roundtable on exercise guidelines for cancer survivors
- Richtlijn ACSM
- KNGF-standaard beweeginterventie Oncologie

Websites

- Oncoline (www.oncoline.nl)
- KNGF (www.kngf.nl)
- Beweegnorm (www.30minutenbewegen.nl/home-ik-voer-campagne/over-de-campagne/de-beweegnorm.html)
- Coachmethode (www.netwerkinbeweging.nl/interventies/overzicht/21042)
- Behavioral researchcenter (www.brc-research.com)
- Roundtables (www.acsm.org/public-information/roundtables) (http://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2010/07000/American_College_of_Sports_Medicine_Roundtable_on.23.aspx#)
- Beweeginterventie oncologie www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/beweeginterventies
- EORTC <http://groups.eortc.be/qol/why-do-we-need-modules>.
- www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/grpublication/beweegrichtlijnen_2017.pdf

5.3 Psychosociale en spirituele begeleiding

Inhoud module

- Psycho-educatie (5.3.1)
- Psychosociale begeleiding revalidant (5.3.2)
- Psychosociale begeleiding netwerk (5.3.3)
- Spirituele begeleiding (5.3.4)

Zie 'indicaties' en 'contra-indicaties' om te bepalen wanneer welke module geïndiceerd is. Op de combinatie van module 'psychosociale begeleiding van de revalidant' en 'psycho-educatie' na, kunnen de modules zo nodig gelijktijdig gevolgd worden.

5.3.1 Psycho-educatie

Doelen

- Nieuw emotioneel evenwicht bereiken.
- Functioneel omgaan met ziekte en beperkingen.
- Optimale hervatting/huishoudelijke taken/werk.
- Optimale hervatting rol gezin/sociale relaties.
- Optimale hervatting vrijetijdsbesteding.

Indicaties

Revalidant die emotioneel uit evenwicht is en hiervoor hulpvraag heeft en/of:

- Problemen ervaart ten aanzien van rolfunctioneren op verschillende domeinen en/of
- Behoeft informatie omtrent het omgaan met zijn ziekte.

N.B. Bij kanker gerelateerde vermoeidheid die aanwezig is langer dan één jaar na afronding van de kankerbehandeling dient te worden beoordeeld of deelname aan de module geïndiceerd is of dat verwezen moet worden naar Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) voor vermoeidheid na kanker.^{3,10,11} CGT dient daarbij voorafgaand aan of tegelijkertijd met de geriatrische oncologische revalidatie te beginnen.

Contra-indicaties

- Een groot risico op of de aanwezigheid van een angststoornis/depressie. In dat geval is psychosociale begeleiding geïndiceerd, waarbij zo nodig ook aandacht wordt geschonken aan psycho-educatie.
- Cognitieve stoornissen (zoals concentratie, geheugen, leerbaarheid), taal of gehoorproblemen die interfereren met opnemen van informatie/leerbaarheid.

Vorm van aanbod

- Groep/individueel:
 - Groepsbehandeling heeft de voorkeur; de groepsdynamica en interactie binnen de groep met het positieve effect van lotgenotencontact heeft een grote meerwaarde boven een individuele behandeling.
 - Individuele behandeling is eveneens mogelijk op basis van redenen die groepsbehandeling niet mogelijk maken.

- Groepsgrootte:
6 tot 12 revalidanten, gemiddeld 1 begeleider per maximaal 6 revalidanten.
Open/gesloten groep:
Uit de literatuur wordt geen voorkeur aangegeven voor een open of gesloten groep. Vanuit de praktijk gaat de voorkeur uit naar een gesloten groep. Indien er gekozen wordt voor een open groep is het belangrijk om te kijken naar het moment van instroom in relatie tot de onderwerpen.
- Duur en frequentie:
 - Individueel intakegesprek 30-60 minuten.
 - Groepsbehandeling: 8 bijeenkomsten van 45-60 minuten. Elke week 1 bijeenkomst.
 - Individuele behandeling: voorkeur voor 60 minuten per bijeenkomst per week, met een duur van 8 weken.

Wie doet wat

Te bepalen per instelling, activiteiten/taken en verantwoordelijkheden, stappenplan behandelproces: intake, meetinstrumenten/aanvangstesten, opstellen (SMART-)doelen, (tussen)evaluatie, interventie, herhaling meetinstrumenten.

1 Intake (maatschappelijk werker/psycholoog)

Individuele intake psycholoog/maatschappelijk werker (indien duidelijke indicatie voor afname GDS-15 of HADS-A dan intake door psycholoog):

- Afname GDS-15 en HADS-A ter bepaling van mate problematiek.
- Beoordelen deelname psycho-educatie of psychosociale begeleiding en beoordeling deelname groep/individueel programma.
- (SMART-)doelen opstellen.

2 (Tussen)evaluatie (specialist ouderengeneeskunde en betrokken teamleden)

Plan van aanpak beschrijven:

- Tevredenheid over effect behandeling.
- Efficiëntie behandeling (ingezette capaciteit in relatie tot effect).
- Sluit behandeling aan bij wensen revalidant.
- Evaluatie/meetinstrumenten (psycholoog/maatschappelijk werker).

3 Interventie (maatschappelijk werker/psycholoog)

Gestructureerd educatief programma met als mogelijke onderwerpen (bepaalde onderwerpen kunnen ook facultatief aangeboden worden):

- Kennismaking en wat is er uit balans?
- Angst, stress(management) en ontspanning (als stresspreventie).
- Verwerking, omgaan met emoties en acceptatie.
- (Kanker gerelateerde) vermoeidheid.
- Communicatie.
- Sociale steun/relaties (het geeft meerwaarde om een voor de revalidant belangrijke persoon uit te nodigen om een dag mee te lopen).
- (keuze) Thema Veranderd lichaamsbeeld/intimiteit/seksualiteit (ook ten gevolge van behandelingen): dit thema kan het best aan het eind van de voorgaande bijeenkomst benoemd en ingeleid worden.

- Hoe nu verder?
- Zingevingbijeenkomst laten leiden door geestelijk verzorger.

Middelen, technieken en processen voor het educatieve programma: voorlichting, normaliseren, empowerment, cognitieve adaptatie, coping strategieën, groepsgesprekken, groepsdynamica.^{8,10,14}

- Vaardigheden therapeut: goede grondhouding (echtheid, empathie en onvoorwaardelijke acceptatie), luistervaardigheden, gespreksvaardigheden en structurerende vaardigheden.
- Evaluatie.

Het is belangrijk om bovengenoemde thema's te koppelen aan de ziekte kanker en niet in het algemeen te bespreken. Tevens is het belangrijk om interactief te werken zodat het lotgenotencontact voldoende aan bod komt en er voldoende emotionele ruimte wordt ervaren gericht op gedragsverandering.

4 Evaluatie/meetinstrumenten (maatschappelijk werker/psycholoog)

Tevredenheid van behandeling? Score met cijfer op een schaal van 0 tot 10.

N.B. De GDS-15 en HADS-A dienen altijd afgenomen te worden door een psycholoog, dit in verband met bevoegdheid en beoordelen van de testgegevens.

Criteria voor afsluiten module

- Revalidatiedoelen zijn gehaald.
- Gestelde doelen nog niet zijn behaald, de afgesproken behandelduur is verstreken en er geen goede redenen zijn om deze te verlengen.
- Er een uitsluitcriterium ontstaat.
- Tijdens de behandeling tussen revalidant/systeem en behandelaars geen overeenstemming (meer) kan worden bereikt over de doelen.
- Revalidant de gemaakte behandelafspraken niet kan of wil nakomen.
- Programma is afgerond en er voorbereidingen zijn getroffen voor de vervolgsituatie. Er wordt altijd zorg gedragen voor een goed vervolgadvis en overdracht van zorg.

Meetinstrumenten (die gebruikt worden voor effectevaluatie)

Screening/evaluatief:

- GDS-15
- HADS-A

Protocollen en procedures

- Richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie, 2017.
- IKNL, Behandelprogramma Oncologische revalidatie, 2014.

5.3.2 Psychosociale begeleiding revalidant

Doelen

In alle fases:

- Verminderen/beïnvloeden van klinische depressie/depressieve klachten.

- Verminderen/beïnvloeden van angstklachten.

Tijdens in opzet curatieve behandeling:

- Verbeteren/behouden van het emotioneel evenwicht (waardoor de revalidant de curatieve behandeling (beter) vol kan houden).

In na opzet curatieve behandeling:

- Weer aangaan van de leefsituatie, inclusief de problemen/beperkingen die worden ondervonden.

Tijdens palliatieve fase:

- Functioneel omgaan met ziekte en beperkingen.
- Zoveel als mogelijk behoud van huidige rollen & functies.
- Omgaan met slechte prognose, onzekerheid en zingeving (zie ook spirituele begeleiding).

Indicaties

In alle fases:

- Er is sprake van een groot risico op angst (een gemeten HADS-A-score van >7).¹
- Er is sprake van een groot risico op depressie (een gemeten GDS-15 score van >11).²

Tijdens de in opzet curatieve behandeling:

- Er is sprake van onvoldoende emotioneel evenwicht om de kankerbehandeling vol te houden.

Na afronding van de in opzet curatieve behandeling:

- Aanzienlijke psychologische/psychosociale problematiek die in significante mate lijden of beperkingen veroorzaakt in sociaal functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Er is sprake van depressieve en/of angstklachten.

Tijdens palliatieve fase:

- Er bestaat dringend behoefte aan begeleiding bij existentiële vragen.
- Er is sprake van onvoldoende emotioneel evenwicht waarbij revalidant hulp wil. De revalidant wil leren omgaan met een slechte prognose, onzekerheid en zingeving.
- Er is sprake van depressieve en/of angstklachten.

De scores van de HADS-A en de GDS-15 zijn richtinggevend en vormen geen arbitrair afkappunt. Naast deze scores is de expertise van de psycholoog nodig voor bepaling van deelname aan de module.

N.B. Bij existentiële vragen kan zowel psychosociale begeleiding als spirituele begeleiding worden opgestart. In overleg met de revalidant, geestelijk verzorger en psycholoog kan besloten worden wat op dat moment het meest passend is.

N.B. Bij kanker gerelateerde vermoeidheid die aanwezig is langer dan één jaar na afronding van de kankerbehandeling, dient te worden beoordeeld of deelname aan de module geïndiceerd is of dat verwezen moet worden naar Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) voor vermoeidheid na kanker (volgens Bleijenberg 1).^{3,10,11} CGT dient daarbij voorafgaand aan of tegelijkertijd met de geriatrische oncologische revalidatie te beginnen.

Contra-indicaties

Geen.

Vorm van aanbod

- Groep/individueel:
Individuele behandeling of extra individuele begeleiding is geïndiceerd bij specifieke individuele problematiek en contra-indicaties voor groepsdeelname (bijvoorbeeld sterke subassertiviteit, taal/gehoorproblemen etc.).
Op basis van de psychische beperkingen, aanwezige problematiek, behoefte en doelen van de revalidant en de expertise van de behandelaar wordt tijdens de intake een keuze gemaakt voor groepsbehandeling (met individuele differentiatie) of voor individuele behandeling.
- Groepsgrootte:
6 tot 12 revalidanten, gemiddeld 1 begeleider per maximaal 6 revalidanten.
- Open/gesloten groep:
Bij voorkeur een gesloten groep in verband met herkenbaarheid en vertrouwen/veiligheid binnen de groep wat noodzakelijk is voor de behandeling. Vanuit de literatuur wordt er geen duidelijke voorkeur uitgesproken.
- Duur en frequentie:
 - Individueel intakegesprek: 60 minuten.
 - Groepsbehandeling: 8 bijeenkomsten van max.30-45 minuten. Elke week 1 bijeenkomst.
 - Individuele behandeling: 6-8 contactmomenten van 30-45 minuten. Tijdens de palliatieve fase is het mogelijk dat er een langdurige behandeling ontstaat, waarbij contact is op aanvraag/in overleg.

Wie doet wat

Te bepalen per instelling, activiteiten/taken en verantwoordelijkheden, stappenplan behandelproces.

1 Individuele intake (psycholoog)

- Afname HADS-A ter bepaling mate van angstproblematiek en GDS-15 ter bepaling van mate van depressieve gevoelens.
- Aandacht voor posttraumatische stressstoornis (PTSS) indicatie individuele behandeling (te beoordelen door psycholoog).
- Beoordeling deelname psycho-educatie of psychosociale begeleiding.
- Beoordeling deelname groep/individueel programma.
- Cliëntgerichte (SMART-)doelen opstellen.

N.B. De HADS-A en GDS-15 dienen altijd afgenomen te worden door een psycholoog, dit in verband met bevoegdheid en beoordelen van de testgegevens.

2 Interventies (psycholoog)^{4,5,12,13}

Groepsgewijze begeleiding:

Cognitieve (gedrags-)therapie gericht op verhoging van de weerbaarheid en vermindering van angst en depressie, of Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT). In het algemeen geldt voor cognitieve gedragstherapie de volgende opbouw:

- Normalisering (erkenning, sociale steun)

- Op indicatie themagerichte educatie (zie ook module psycho-educatie)
- Zelfmanagement (hulpbronnen bijvoorbeeld)
- Cognitieve gedragstherapie middels de technieken van deze therapievorm (bijvoorbeeld exposure en beïnvloeding van belemmerende cognities)^{6,7,8}

Individuele begeleiding

- Cognitieve gedragstherapie^{6,7,8} (incl. zo nodig EMDR) of
- Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT)⁹

Optioneel voor zowel groeps- als individuele behandeling:

- Ondersteuning sociaal systeem middels 'meelooptag'.
- Terugkombijeenkomst: mogelijkheid tot vragen stellen, valkuilen bespreken, opfrissen van kennis of vaardigheden.
- Evaluatie therapieresultaat in tussenliggende periode.

3 Herhaling meetinstrumenten

4 (Tussen)evaluatie

Tussenevaluatie specialist ouderengeneeskunde en betrokken teamleden:

Plan van aanpak beschrijven:

- Tevredenheid over effect psychologische behandeling.
- Efficiëntie behandeling (ingezette capaciteit in relatie tot effect).
- Sluit behandeling aan bij wensen revalidant.
- Evaluatie/meetinstrumenten (psycholoog).

Criteria voor afsluiten module

- Gestelde revalidatiedoelen zijn gehaald.
- Gestelde doelen zijn nog niet gehaald, de afgesproken behandelduur is verstreken en er is geen goede reden om de behandelduur te verlengen.
- Tijdens de behandeling wordt tussen revalidant/systeem en behandelaars geen overeenstemming (meer) bereikt over de doelen.
- Revalidant kan of wil de gemaakte afspraken niet nakomen.
- Programma is afgerond en er zijn voorbereidingen getroffen voor vervolgsituatie.
Er wordt altijd zorg gedragen voor een goed vervolgadvis en overdracht van zorg.

Protocollen en procedures

Voor themagerichte psycho-educatie is module 5.3.1 bruikbaar en daarbij de diverse werkboeken vanuit de instellingen.

Meetinstrumenten (die gebruikt worden voor effectevaluatie)

Screening/evaluatie:

- HADS-A
 - GDS-15
- Lastmeter kan als hulpmiddel worden gebruikt voor het inventariseren van problemen/beperkingen.

5.3.3 Psychosociale begeleiding netwerk

Doelen

- Verminderen/beïnvloeden van de gevolgen/effecten op het sociaal netwerk op alle leefgebieden. Te denken valt aan emotie regulatie en financiële/praktische vraagstukken.
- Verbeteren/behouden van het emotioneel evenwicht waardoor het sociaal netwerk de revalidant beter kan ondersteunen.
- Functioneel omgaan door het sociaal netwerk met de ziekte en beperkingen van de revalidant.
- Zoveel als mogelijk behoud van de huidige rollen en functies van het sociaal netwerk in relatie met de revalidant.
- Omgaan door het sociaal netwerk met de slechte prognose van de revalidant en onzekerheid.

Indicaties:

- Er is sprake van een groot risico dat het sociaal netwerk overbelast is (draagkracht/draaglast model¹⁴).

Contra-indicatie

- Geen

Vorm van aanbod

- Individuele gesprekken met het sociaal netwerk
- Systeemgericht werken
- Groepsbehandeling/partnergroep/ervaringsgerichte groep
- Meeloopdag

Het eerste gesprek met het sociaal netwerk is altijd een individueel aanbod. Tijdens dit gesprek wordt de groep als mogelijkheid besproken. De groep is gericht op psycho-educatie en ervaringsuitwisseling.

Wie doet wat

1 Individuele intake (maatschappelijk werk)

- Draagkracht/draaglast model.
- Beoordeling deelname individueel programma/groep.
- Opstellen van doelen door het sociaal netwerk.

2 Interventies (maatschappelijk werk)

- Individuele begeleiding:
 - In kaart brengen van stressoren en subsystemen.
 - Behandeling/ondersteunde begeleiding door middel van externaliseren, circulaire vragen, ziekte genogram.¹⁴
- Groepsgewijze begeleiding:
 - Groepstherapie gericht op het verhogen van de weerbaarheid van het sociaal netwerk door middel van partnergroep/ervaringsgerichte groep.
 - Betekenis geven (aan de ziekte, gevolgen/effecten).

- Steun geven.
- Emotie regulatie.

3 (Tussen)evaluatie

- Tevredenheid over effect van de behandeling/begeleiding.
- Sluit de behandeling aan bij de wensen van het sociaal netwerk.

Criteria voor afsluiten module

- Gestelde doelen zijn behaald.
- Gestelde doelen zijn niet behaald, de afgesproken behandelduur is verstreken en er is geen goede reden om de behandelduur te verlengen.
- Tijdens de behandeling wordt tussen revalidant/sociaal netwerk en behandelaars geen overeenstemming (meer) bereikt over de doelen.
- Sociaal netwerk kan of wil de gemaakte afspraken niet nakomen.
- Programma is afgerond en er zijn voorbereidingen getroffen voor vervolgsituatie.
Er wordt altijd zorg gedragen voor een goed vervolgadvis en overdracht van zorg.

Meetinstrumenten

- Draagkracht/draaglast model

5.3.4 Spirituele begeleiding

Doelen

- Bevorderen van spirituele groei, veerkracht, weerbaarheid, eigen regie en het verminderen van kwetsbaarheid.
- Steun bieden op het gebied van mentaal welbevinden in het zoeken naar zin en betekenis van ervaringen en gebeurtenissen. Hierbij is aandacht voor het omgaan met actuele zingevingsvragen.
- Bijstaan in het verwerken en ordenen van ervaringen die te maken hebben met verlies van functies, vaardigheden en participatie.

Indicaties

In principe alle revalidanten binnen de geriatrische oncologische revalidatie, ongeacht in welke fase zij zich bevinden en ongeacht geloof of levensovertuiging. Urgentie kan bestaan voor revalidanten die:

- Existentiële zingevingscrisis ervaren: het leven niet meer als zinvol beschouwen, een doodswens hebben.
- Grote behoefte hebben aan een gesprek over wat de ziekte voor hen betekent.
- Rituele wensen zoals een ziekenzalving.

Vorm van aanbod

- Individuele ondersteuning en/of begeleiding door gerichte en methodische aandacht voor zingeving en levensbeschouwing.
- Deelname aan bijeenkomsten zoals:
 - (levensbeschouwelijke) bezinningsbijeenkomsten
 - groepsgesprekken waarin aandacht is voor verwerking en waar lotgenotencontact wordt bevorderd

Duur en frequentie

- Kennismakingsgesprek: 30-60 minuten. Naar aanleiding van behoefte van de revalidant en de bevindingen van de zorgverlener is er sprake van incidentele ondersteuning of wordt er structurele begeleiding opgestart.
- Incidentele ondersteuning bestaat uit een of enkele gesprekken die ad hoc tijdens het revalidatieproces plaatsvinden.
- Structurele begeleiding bestaat uit minimaal 4 gesprekken van minimaal 30 minuten die elkaar opvolgen binnen een bepaalde tijdsduur.
- Deelname groepsbijeenkomst afhankelijk van aard, doel en frequentie.

Wie doet wat

1 Kennismakingsgesprek (zorgverlener)

Naar behoeften en wensen op het gebied van spiritualiteit en nagaan of er behoefte is aan een gesprek over wat men meemaakt. Inventariseren van waarden, levensbeschouwing en gebruiken.

Intake geestelijke zorg: Hierbij uitgaan van de presentiebenadering van A. Baart en deels gebruik maken van levensbeschouwelijke diagnostiek:

- S.P.I.R.-assessment van Puchalski
- 7 x 7 model van Fitchett

2 Interventies/presentie (zorgverleners, geestelijk verzorger)¹⁵

- Incidentele/structurele ondersteuning en/of begeleiding (geestelijk verzorger). In relatie met de revalidant stemt de geestelijk verzorger af op wat de ander beweegt en richt zich daarbij op referentiekader, levensverhaal, krachtbronnen en perspectief. Vragen en achtergrond van de revalidant zijn richtinggevend. De Kwaliteitsstandaard Levensvragen kan hierbij gebruikt worden. Deze standaard heeft zingevingsbehoeften vertaald naar de zingevingsbehoefte van ouderen om zo inzicht te krijgen wat er voor specifiek deze doelgroep kan spelen. Hierbij uitgaan van de presentiebenadering van A. Baart en deels gebruik maken van levensbeschouwelijke diagnostiek:
 - Ars moriendi - model van Leget rondom thema's als 'Autonomie (ik-de ander)', 'Lijden (doen-laten)', 'Afscheid (vasthouden-loslaten)', 'Schuld (vergeven-vergeten)', 'Hoop (geloven-weten)'.
 - 4-lagen model van Weiher.
- Groepsgewijze ondersteuning/begeleiding (geestelijk verzorger, psycholoog, maatschappelijk werker):
 - (Levensbeschouwelijke) bezinningsbijeenkomsten.
 - Groepsgesprekken waarin aandacht is voor verwerking en waar lotgenotencontact wordt bevorderd.

3 (Tussen)evaluatie

- Tevredenheid over de ondersteuning of begeleiding binnen de ontstane relatie.
- Sluit de begeleiding aan bij de behoeften van de revalidant

Criteria voor afsluiten module

- Wanneer revalidant aangeeft geen behoefte meer te hebben aan begeleiding.
- Wanneer noodzaak van begeleiding niet meer van toepassing is.

Protocolen en procedures

- Richtlijn Spirituele zorg, 2010 (www.oncoline.nl).
- Expertisenetwerk levensvragen en ouderen, Kwaliteitsstandaard: Omgaan met levensvragen van ouderen, 2015.
- VGVZ, Beroepsstandaard geestelijk verzorger, 2015.

Literatuur

- 1 Trimbos Instituut. Addendum ouderen bij de MDR-angststoornissen. 2008.
- 2 Trimbos Instituut. Addendum ouderen bij de MDR-depressie. 2008.
- 3 Gielissen MF, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg F. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomised controlled trial. *J Clin Oncol* 2006; 24:4882-4887.
- 4 Naaman SC, Radwan K, Fergusson D, Johnson S. Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry*. 2009 Spring;72(1):50-69.
- 5 Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta-analysis of 37 published controlled outcome studies.
- 6 Andrykowski MA, Manne SL. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Ann Behav Med*. 2006 Oct;32(2):93-7.
- 7 Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*. 1999 Aug;80(11):1770-80.
- 8 Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2011 Feb;20(2):115-26. doi: 10.1002/pon.1728. Review.
- 9 Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2009 Jun;18(6):571-9. doi: 10.1002/pon.1400.
- 10 Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychol*. 2007 Nov;26(6):660-7. Review. Erratum in: *Health Psychol*. 2008 Jan;27(1):42.
- 11 Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD006953.
- 12 Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, Anderson DR, Kilbourn KM, Craft LL, Steel JL, Cuijpers P, Mohr DC, Berendsen M, Spring B, Stanton AL. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2012 Jul 3;104(13):990-1004. Epub 2012 Jul 5.
- 13 Preyde M, Synnott E. Psychosocial intervention for adults with cancer: a meta-analysis. *J Evid Based Soc Work*. 2009 Oct;6(4):321-47.
- 14 Haes de H, Weezel van LG, Sanderma R. Psychologische patiëntenzorg in de oncologie; handboek voor de professional. 2009, Assen.
- 15 Doolaard et al., Nieuw handboek Geestelijke verzorging, Kok, Kampen, 2006: over Geestelijke verzorging in de revalidatie, pp. 353 - 364.
- 16 Handboek Revalidatiepsychologie, 2014, Uitgeverij Boom.

5.4 Coaching en energieverdeling

Doelen

- Inzicht krijgen in en grip krijgen op factoren die vermoeidheid in stand houden.
- Functioneel omgaan met beschikbare energie.

Aanvullend doel palliatieve fase

- Zoveel als mogelijk behoud/verbetering van (huidige) niveau van functioneren en kwaliteit van leven.

Indicaties

Revalidant die moeite heeft met het plannen en organiseren van de dag, rekening houdend met een verminderde mentale en fysieke belastbaarheid. En daarnaast:

- Met aanwezigheid van beïnvloedbare factoren die de energieverdeling over de dag/week kunnen belemmeren. Denk hierbij aan: vermoeidheid, pijn en fysieke/mentale problemen.
- Met beperkte energie en belastbaarheid bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen.
- Moeite heeft met het voelen en/of accepteren van grenzen van belasting, zowel fysiek als mentaal.
- Bij wie discrepanties aanwezig zijn in het (mentaal) 'willen' en het (fysiek) 'kunnen'.

Contra-indicaties

- Taalbarrière.

Vorm van aanbod

- Groep/individueel:
 - Zowel groeps- als individuele behandeling is mogelijk. Op basis van fysieke en psychische beperkingen en expertise van behandelaars wordt een keuze gemaakt voor een groepsbehandeling of een individuele behandeling. Groepsbehandeling heeft de voorkeur met als meerwaarde het lotgenotencontact en het samen zoeken naar oplossingen voor bestaande problematiek. Dit heeft een versterkend effect tot gevolg. Afhankelijk van de mate van zorg vindt individuele aandacht tijdens de groepsbehandeling plaats of in extra bijeenkomsten naast de groepsbehandeling.
 - Indien er sprake is van forse cognitieve problematiek kan het raadzaam zijn om een individuele behandeling in te gaan. Mogelijk aanvullend op de groepsbehandeling. Door ervaring is gebleken dat onder- en overbelasters goed samen in één groep behandeld kunnen worden. Dit heeft grote meerwaarde. Ook vanuit de verschillende ziektefasen kunnen revalidanten in één groep terecht komen. Hiervan is gebleken dat dit een meerwaarde heeft door het kunnen uitwisselen van ervaringen.
- Groepsgrootte: minimaal 2 tot maximaal 6 revalidanten, gemiddeld 1 begeleider per maximaal 3 revalidanten. Er kan ook gekozen worden voor 2 behandelaars op een groep. Dit in verband met verdeling van structuur bewaken, observator- en coachrol.
- Open/gesloten groep: Er wordt in de literatuur geen duidelijke voorkeur uitgesproken voor een open of gesloten groep. Een open groep heeft als voordeel dat het meer mogelijkheden geeft om veranderingsfasen helder te maken en van elkaar te leren. Dit effect is niet aanwezig bij een gesloten groep, aangezien revalidanten dan min of meer in eenzelfde fase van verandering en behandeling zitten en minder input krijgen over mogelijke effecten/toekomstig beeld. Bij een open groep is het van belang om aandacht te hebben voor het moment van instroom omdat sommige basiskennis voorwaardelijk is om

verder te kunnen. Tevens is er een opeenvolging van de te behandelen onderwerpen/het toepassen van verschillende interventies. Bij een open groep ontkom je niet aan herhaling van onderwerpen.

- Duur en frequentie:
 - Individueel intakegesprek 30-60 minuten.
 - Groepsbehandeling 4-6 bijeenkomsten, van gemiddeld 45 tot 60 minuten per bijeenkomst. De bijeenkomsten kunnen zowel wekelijks als om de week gepland worden. Voor beide vormen zijn er voor- en nadelen. De logistiek van de instelling geeft waarschijnlijk de doorslag.
 - Individuele behandeling 3-6 bijeenkomsten, van 45 tot 60 minuten per bijeenkomst. Op basis van expertise van de behandelaar en in overleg met de revalidant wordt besloten hoeveel individuele contactmomenten nodig zijn.

Wie doet wat

Te bepalen per instelling, activiteiten/taken en verantwoordelijkheden, stappenplan behandelproces.

1 Intake/stappenplan

Individuele intake ergotherapie

- Afname Canadian Occupational Performance Measurement (COPM).
- Score Multidimensionele Vermoeidheidsindex (MVI-20) vanuit module fysieke training meenemen voor domeinen van vermoeidheid.
- Beoordelen deelname groep/individueel programma.
- SMART-doelen opstellen aan de hand van de COPM/PSK voor zowel tijdens en na revalidatiebehandeling.

2 (Tussen)evaluatie met specialist ouderengeneeskunde en het multidisciplinaire team (Na ongeveer 2 bijeenkomsten):

- Plan van aanpak behandeling.
- Tevredenheid over effect behandeling.
- Efficiëntie behandeling (ingezette capaciteit in relatie tot effect).
- Sluit behandeling aan bij wensen revalidant.

3 Interventies

(Zie bijlage 7 Mogelijke opzet module coaching & energieverdeling)¹⁻⁷

Rol ergotherapie/fysiotherapie/bewegingsagoog:

Educatie (eventueel in samenwerking met andere disciplines) over:

- Kanker gerelateerde vermoeidheid. ^{1, 5, 7}
- Multifactoriële invloed op vermoeidheid. ^{1, 5, 7}
- Belasting-belastbaarheid. ⁷
- Energiehuishouding. ^{5, 7}
- Coping stijlen.
- Invullen van dag/weeklijsten en prioriteitenlijsten. ²⁻⁴
- Activiteiten wegen: wat kost energie/wat geeft energie.
- Plan maken voor energieverdeling eventueel met behulp van de Activiteitenweger, hierbij ook aandacht voor slaap/waakritme. ^{3,4,7}

- Indien van toepassing activiteiten opbouwen middels graded activity.⁶
- Mogelijke huiswerkopdrachten: (terugkoppeling tijdens bijeenkomst) (Bij opbouwen activiteiten en huiswerkopdrachten kunnen mantelzorg en verpleging een ondersteunende rol spelen).¹

Rol verpleging

Bij deze doelgroep is er meestal sprake van een klinische opname. Daarom heeft, naast de behandelaren, de verpleging vaak een grote rol bij de begeleiding van de revalidant met betrekking tot de energieverdeling. De rol van de verpleging is bij deze doelgroep vaak groot, omdat er sprake is van kwetsbare revalidanten, die door wisselend functioneren soms cognitieve problemen, klein sociaal netwerk, laag belastbaar, etc. meer ondersteuning/begeleiding nodig hebben bij een goede energieverdeling over de dag.

De verpleging kan ondersteuning bieden door:

- Revalidant te ondersteunen bij huiswerk oefeningen.
- Signalerende functie en eventueel bijsturen van energieverdeling over de dag.
- Revalidant te ondersteunen bij activiteiten die te veel energie kosten en
- Ondersteunen bij verdeling (doorbraak) medicatie over de dag bij pijnklachten.

Lichaamsbewustwording

Lichaamsbewustwording vindt plaats door middel van lichaamsgerichte en beweeginterventies, leren herkennen, verkennen en erkennen van lichamelijke grenzen en beperkingen in samenwerking met fysiotherapie/bewegingsagogie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de BORG/VAS-schaal.

De interventie lichaamsbewustwording komt het meest overeen met de doelen van deze module. Dat is de overweging geweest om deze interventie toe te voegen. De instelling bekijkt of de uitvoering van deze interventie praktisch haalbaar is en in deze module thuishoort.

Binnen de interventie kan gebruik worden gemaakt van de volgende technieken:

- ontspanningsinstructies
- instructies aarden
- mindfulness, bijvoorbeeld bodyscan
- bewustwording adembeweging en invloed van gedachten en emoties op je lijf en je ademhaling

4 Evaluatie

- COPM
- evalueren SMART-doelen

N.B. Cognitieve problematiek ten aanzien van aandacht/geheugen/concentratie op basis van 'chemo-brein' horen niet volledig thuis in deze module. Dit dient in overleg met de psycholoog opgepakt te worden en eventueel ook een individuele behandeling.

Criteria voor afsluiten module

- Gestelde revalidatiedoelen zijn gehaald.

- Gestelde doelen nog niet zijn behaald, de afgesproken behandelduur is verstreken en er geen goede redenen zijn om deze te verlengen.
- Er een uitsluitcriterium ontstaat.
- Tijdens de behandeling tussen revalidant//systeem en behandelaars geen overeenstemming (meer) kan worden bereikt over de doelen.
- Revalidant de gemaakte behandelafspraken niet kan of wil nakomen.
- Programma is afgerond en er voorbereidingen zijn getroffen voor de vervolgsituatie. Er wordt altijd zorg gedragen voor een goed vervolgadvis en overdracht van zorg.

Protocollen en procedures

Activiteitenweger Meander MC

Meetinstrumenten (die gebruikt worden voor effectevaluatie)

Inventariserend:

- COPM
- Symptoom klachtendagboek

Hulpmiddel tijdens behandeling:

- BORG-schaal/VAS-schaal

De MVI-20, PSK en de EORTC-QLQ-ELD14 worden in de basismodule fysieke training afgenomen. De scores en interpretaties van deze meetinstrumenten kunnen van aanvullende informatie zijn in deze module. Ze worden niet nogmaals afgenomen.

Literatuur

- 1 Lemoignan J, Chasen M, Bhargava R. A retrospective study of the role of an occupational therapist in the cancer nutrition rehabilitation program. Support Care Cancer. 2010 Dec;18(12):1589-96. Epub 2009 Dec 4.
- 2 Barsevick A, Beck SL, Dudley WN, Wong B, Berger AM, Whitmer K, Newhall T, Brown S, Stewart K. Efficacy of an intervention for fatigue and sleep disturbance during cancer chemotherapy. J Pain Symptom Manage. 2010 Aug; 40(2):200-16.
- 3 Yuen HK, Mitcham M, Morgan L Managing post-therapy fatigue for cancer survivors using energy conservation training. J Allied Health. 2006 Summer; 35(2):121E-139E.
- 4 Barsevick AM, Dudley W, Beck S, Sweeney C, Whitmer K, Nail L. A randomized clinical trial of energy conservation for patients with cancer-related fatigue. Cancer. 2004 Mar 15;100(6):1302-10.
- 5 Zant JL. Vermoeidheid na kanker; literatuurstudie. 2009. Centrum voor Arbeid en Gezondheid Amsterdam. (CAGA).
- 6 Köke A, Wilgen P van, Engers A, M Geilen. Graded activity; een gedragsmatige behandelmethodede voor paramedici. 2007. Bohn Stafleu van Loghum.
- 7 Cooper J. Occupational therapy in Oncology and Palliative Care. 2007. John Wiley & Sons, LTD.

Richtlijnen

- Richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie, 2017

- Behandelprogramma Oncologische Revalidatie, 2014
- Grondslagen van de ergotherapie, 2017

5.5 Voeding

Doelen

- Handhaven, zo mogelijk optimaliseren, gewenste voedingstoestand en lichaamssamenstelling door:
 - Behoud, zo mogelijk verbeteren, van vetvrije massa (dit kan verschillen, afhankelijk van de fase waarin de revalidant zich bevindt).
 - Preventie en behandeling van ondervoeding en overgewicht/onbedoelde gewichtstoename.
- Verminderen of hanteerbaar maken van aan behandeling of ziekte gerelateerde klachten, die de voedselinname ongunstig beïnvloeden.
- Bevorderen gezond gewicht en gezonde lichaamssamenstelling.
- Bij slikklachten:
 - Bijdragen aan voldoende voedingsinname bij aangepast consistentie advies.
 - Verminderen/verhelpen slikklachten (logopedisch doel).

Indicaties

Revalidant met (risico op):

- Ongunstige lichaamssamenstelling.
- Ondervoeding: [1, bijlage 8]
 - Boven de 65 jaar: ondervoeding bij BMI < 20 kg/m² (risico op ondervoeding bij BMI < 22 kg/m²).
 - Onder de 65 jaar: ondervoeding bij BMI < 18,5 kg/m² (risico op ondervoeding bij BMI < 20 kg/m²).¹
- Sarcopenie.
- Onbedoelde gewichtsveranderingen van ↑↓ > 5% of 3 kg/1 maand of > 10% of 6 kg/6 maanden.¹
- Overgewicht [2, bijlage 8].
- Aan de behandeling en/of ziekte gerelateerde klachten die de voedselinname ongunstig beïnvloeden (items Lastmeter) [3, bijlage 8].
- Bij slikklachten:
 - Verhelpen of verminderen van slikklachten.
 - Bijdragen aan voldoende voedingsinname bij een aangepast consistentieadvies.
- Er kunnen bij de revalidant ook andere nevendagnoses zorgen voor een belemmering van de revalidatie. Indien hier een voedingsinterventie kan helpen, kan ook in dat geval de voedings- diëtinterventie nodig zijn. Te denken valt aan decubitus, ontregelde diabetes mellitus, maag- darmklachten.

Meetinstrumenten (zorg, diëtist en fysiotherapeut)

- lengte
- gewicht
- BMI
- % gewichtsverandering/gewichtsverloop
- handknijpkracht
- logopedisch slikonderzoek en bijvoorbeeld het 'Radboud Oraal Onderzoek (indien nodig)²
- optioneel: middelomtrek, bovenarmomtrek, vet% (huidplooiemeting), vetvrije massa index (VVMi) via BIA/BIS als objectieve parameter voor vetvrije massa maar niet standaard beschikbaar

Wie doet wat

Te bepalen per instelling, activiteiten/taken en verantwoordelijkheden, stappenplan behandelproces: intake, meetinstrumenten/aanvangstesten, opstellen (smart)doelen, (tussen)evaluatie, interventie, herhaling meetinstrumenten.

1 Zorg

- Bij opname 3 dagen voedings- en vochtlijsten bijhouden (en indien nodig vaker, bijvoorbeeld bij twijfel over adequate inname van revalidant).
- Revalidant wegen (1 keer per 1 à 2 weken afhankelijk van de ernst van de situatie).
- Risicosignalering ondervoeding. Het advies voor geriatrische revalidatie bij oncologie in het algemeen is de PG-SGA.³
- Signalerende functie. Bekijkt tijdens opname of er problemen zijn of ontstaan op het gebied van voeding en meldt eventuele problemen aan specialist ouderengeneeskunde, diëtist en/of logopedist.

2 Specialist ouderengeneeskunde

- Beoordeelt voedings- dieetprobleem en schakelt zo nodig diëtist in, hierbij rekening houdend met de lichaamssamenstelling.

3 Diëtist

Vorm van aanbod

- Groep/individueel:

Individueel

- Individuele dieetbehandeling door diëtist heeft bij ondervoeding een bewezen beter effect op gewichtsbehoud en -verbetering dan groepsvoorlichting of een algemeen (schriftelijk) advies.⁴
- Dieetbehandeling volgens de principes van stepped care met 4 zorgprofielen, variërend van
 - uitsluitend zelfmanagement
 - algemeen voedingsadvies
 - dieetbehandeling
 - gespecialiseerde dieetbehandeling⁵

Groep

In aanvulling op individuele dieetbehandeling kan het zinvol zijn revalidanten met eenzelfde diagnose of hulpvraag groepsgewijs te behandelen door thematisch bundelen per diagnose of hulpvraag. Bijvoorbeeld vrouwen met borstkanker ter preventie overgewicht/onbedoelde gewichtstoename (lotgenoten).

Intake

Start: het liefst binnen 1-2 werkdagen. Indien revalidant sondevoeding krijgt bij opname.

- Handelingen: (uitgebreidere informatie [4, bijlage 8])
- Diëtistisch onderzoek.
- Berekening voeding en behoefte.
- Diëtistische diagnose opstellen.
- Doelen opstellen [5, bijlage 8].
- Behandelplan opstellen + informeren overige disciplines.
- Informatie geven over voeding bij oncologie.

- Motiveren van revalidant.^{1,6}

Evaluatie

Tijdens de evaluatie:

- Met revalidant (als dit kan) of met de zorg doornemen hoe het gaat met de revalidant en evaluatie van het behandelplan.
- Nagaan of de doelen zijn behaald en/of moeten worden bijgesteld.
- Indien nodig het behandelplan aanpassen.
- Eventueel een nieuwe voedingsberekening doen.
- Iedereen van belang op de hoogte brengen van de vorderingen en/of gemaakte aanpassingen.^{1,6}

Dieetbehandeling in groepsverband: nader te beoordelen en te ontwikkelen.

- Duur en frequentie:

Duur

- Gedurende de opname en indien nodig ook daarna in de thuissituatie. De contactmomenten zijn door de verwachte verminderde conditie en eventuele multimorbiditeit frequenter en korter dan in de reguliere richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie. Overleg met andere disciplines gaat gemakkelijk omdat de revalidanten veelal intern zijn. Een indicatie van hoe het kan gaan:
- Gedurende de opname en indien nodig ook daarna in de thuissituatie.
- Week 1: Intake diëtist (bij sondevoeding op dag 1). Intake: 60-90 min, waarbij zoveel mogelijk met de revalidant wordt overlegd.
- Week 2 t/m einde behandeling: Evaluaties
De frequentie van evalueren is afhankelijk van de aard en ernst van de klachten en het ziektestadium, de behandeling, de specifieke klachten en de hulpvraag.⁷
 - Evaluaties 2 keer per week tot 1 keer per 2 weken.
Duur 15-45 minuten per keer, afhankelijk of er wijzigingen nodig zijn.
Bij voorkeur wordt met de revalidant zelf geëvalueerd, maar indien dit niet kan wordt met de zorg besproken hoe het gaat.
 - Tijdens de behandeling (chemo- en radiotherapie) waarschijnlijk hoger, omdat er dan meer klachten zijn. Het behandelplan moet vaker worden bijgesteld dan in een periode waarin geen behandeling plaatsvindt.

De diëtist is aanwezig bij het mdo (in overleg met de specialist ouderengeneeskunde). Tijdsindicatie: 20 minuten per revalidant per keer, inclusief voorbereiding.

Frequentie

Tijdsindicatie gehele begeleiding 2,5- 12,5 uur behandeling en begeleiding afhankelijk van de complexiteit van de hulpvraag en de aandoening.⁷

4 Logopedist

De logopedist maakt deel uit van het revalidatieteam om de revalidant te begeleiden bij slikklachten. Dit is ongeacht de vorm van kanker die de revalidant heeft.⁸ De logopedist is tevens betrokken bij de revalidatie

van mensen met hoofd-halskanker en mensen met een hersentumor indien er problemen ontstaan op het gebied van spraak, taal, stem en reukvermogen.

Intake

Start: Zo snel mogelijk.

- Logopedisch slikonderzoek door objectieve screenings (bestaande uit o.a. een sliksnelheidstest en een slikvolumetest) en het 'Radboud Oraal Onderzoek'.²
- Logopedische diagnose opstellen.⁹
- Behandelplan met doelen opstellen.⁹
- Informeren van de arts, zorg en overige disciplines.
- Informatie geven over logopedie en slikklachten bij kanker.
- Zo nodig aanpassen van de voedingsconsistentie.¹⁰

Behandeling

Gemiddeld 6 weken.

- Aanpassen van de voedingsconsistentie.¹⁰
- Oefeningen voor het slikken, zoals de 'Masako' en de 'Mendelsohn'.^{11,12}
- Aanleren van compensatiestrategieën, zoals 'slikken met de kin naar de borst'.^{11,12}
- Motiveren van revalidant tijdens de revalidatieperiode.

Evaluatie

Tussentijds en na 6 weken. Tijdens de evaluatie:

- Met revalidant (als dit kan) of met de zorg doornemen hoe het gaat met de revalidant.
- Nagaan of de doelen zijn behaald en/of moeten worden bijgesteld.
- Indien nodig behandelplan aanpassen.
- Indien nodig aanpassen van de voedingsconsistentie.
- Iedereen van belang op de hoogte brengen van de vorderingen en/of gemaakte aanpassingen.

Effectevaluatie:

- klachtenanamnese
- tevredenheid
- gewicht
- BMI
- % gewichtsverandering
- eventueel andere meetresultaten

Criteria voor afsluiten module

- Gestelde revalidatiedoelen zijn gehaald en het is niet de verwachting dat er nieuwe voedingsproblemen optreden op korte termijn.
- Er een uitsluitcriterium ontstaat.
- Revalidant aangeeft geen behoefte meer te hebben aan verdere behandeling/ begeleiding voor zijn voedingsgerelateerde problemen.
- Programma is afgerond en er voorbereidingen zijn getroffen voor de vervolgsituatie.
Er wordt altijd zorg gedragen voor een goed vervolgadvis en overdracht van diëtistische behandeling.

Protocolen en procedures

- Nutrition and Physical Activity Guidelines for Cancer Survivors 2012 American Cancer Society Oncoline via cancer journal. Online via cancerjournal.com
- Richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling (2012), www.oncoline.nl
- Richtlijn Ondervoeding (2012), www.oncoline.nl
- Dieetbehandelingsrichtlijn 17 Ondervoeding (2012), www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl
- Dieetbehandelingsrichtlijn 23 Kanker (2015), www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl
- Ondervoeding in de revalidatiesector en Richtlijn screening en behandeling van ondervoeding (2011)
- Dieetbehandelingsrichtlijn 09 Overgewicht (2012), www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl
- Zorgstandaard kanker (2013)
- Zorgstandaard obesitas (2010)
- Zorgmodule Voeding (2012), Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement (2011)
- Richtlijn Hoofd- halstumoren, revalidatie van de stem- en slikfunctie (2014) (in ontwikkeling)

Literatuur

- 1 Dieetbehandelingsrichtlijn 17 Ondervoeding. 2010 Uitgevers, 2010.
- 2 www.dysfagie.info/nl-NL/diagnostiek/screeningen.
- 3 Stuurgroep ondervoeding/Hertroijs D, e.a. Rehabilitation Patients: undernourished and obese? J. Rehabil med. 2012; 44: 696-701.
- 4 Richtlijn Ondervoeding. www.oncoline.nl, 2012.
- 5 Zorgmodule voeding. Nederlandse Vereniging van Diëtisten, 2012.
- 6 Dieetbehandelingsrichtlijn 23 Oncologie. 2010 Uitgevers, 2010.
- 7 Artsenwijzer diëtetiek. Nederlandse Vereniging van Diëtisten, 2010.
- 8 Richtlijn Hoofd- halskanker. Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie, 2014.
- 9 <http://dysfagie.info/nl-NL/diagnostiek/ernstschalen>.
- 10 <http://dysfagie.info/nl-NL/behandeling/aangepaste-voedingsconsistentie>.
- 11 Slikstoornissen: onderzoek en behandeling. J.A. Logemann. Pearson Assessment and Information, 2000.
- 12 Dysfagie, oefenpakket voor patiënten in de thuissituatie. S. Huyghens en M. De Bodt, 2011.

Websites

- www.artsenwijzer.info.
- www.stuurgroepondervoeding.nl: Stuurgroep ondervoeding.
- www.voedingscentrum.nl: Voedingscentrum met objectieve informatie over voeding en gezondheid.
- www.nvdietist.nl: Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) met o.a. de bereikbaarheid van diëtisten en in kanker gespecialiseerde diëtistennetwerken.
- www.dieetinzicht.nl: Dieetinformatie o.a. over kanker met de mogelijkheid om een voedingsdagboek in te voeren en de voedingsaanpak te berekenen.
- www.dietistencooperatie.nl
- www.kwfkankerbestrijding.nl: Brochure Voeding bij kanker
- www.wcrf.nl: Stichting Wereld Kanker Onderzoek Fonds maakt deel uit van het internationale World Cancer Research Fund netwerk.

- www.voedingenkankerinfo.nl: Wetenschappelijk antwoord van experts op vragen van patiënten van de universiteit Wageningen.
- www.moeilijkslikken.nl: een website die helemaal gewijd is aan aangepaste voedingsconsistenties als gevolg van een slikstoornis (dysfagie).
- www.kanker.nl/organisaties/stichting-klankbord: de patiëntenvereniging voor mensen die een vorm van hoofd-halskanker hebben (of hebben gehad), hun partners en naasten.
- www.kanker.nl/organisaties/patientenvereniging-nsvg: patiëntenvereniging NSvG voor stembandlozen door een laryngectomie.
- www.dysphagiaonline.com informatie over slikklachten en de behandeling van slikklachten.

Richtlijnen:

- Richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling (2012), www.oncoline.nl
- Richtlijn Hoofd-halstumoren, revalidatie van de stem- en slikfunctie (via de NVLF, <http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hoofd-halstumoren/>) (in ontwikkeling)

Overig

- Handboek Voeding en Kanker, de Tijdstroom, 2012
- Dienstenwijzer diëtetiek langdurige zorg. Nederlandse Vereniging van Diëtisten, 2011

Algemene informatie

- KWF Kankerbestrijding 'Goede voeding bij kanker' Nederlandse Federatie voor Kankerpatiëntenorganisaties: Brochure Ondervoeding bij kanker
- Stichting Wereld Kanker Onderzoek Fonds, onderdeel van het internationale World Cancer Research Fund, heeft vele publicaties en hulpmiddelen voor zelfmanagement ontwikkeld. Raadpleeg de site: www.wcrf.nl.
- Diëtisten binnen revalidatiegeneeskunde vallen veelal onder het NVD-diëtistennetwerk Revanet. Informatie via de beroepsvereniging: www.nvdietist.nl. N.B. Deze gespecialiseerde werkgroepen en netwerken zijn gekwalificeerd binnen het kwaliteitssysteem van de NVD. Dit geldt ook voor inschrijving van de diëtist in het Kwaliteitsregister.

Voorbeelden van materialen, brochures voor onderbouwing en zelfmanagement:

- Gids voor voeding en leefstijl na kanker
- Gezondheidsgids voor vrouwen
- Gezondheidsgids voor mannen
- Factsheet 'Voeding en leefstijl na kanker'
- Verklein de kans op kanker 10 adviezen voor een gezonder leven
- Brochure over voedingsadviezen bij hoofd-halstumoren (www.vumc.nl/afdelingen/patientenfolders-brochures/zoeken-alfabet/V/voedingsadviezen_bij_tumor.pdf)

6 Ontslag

Wanneer ontslag in beeld komt, wordt met de revalidant en de mantelzorger(s) gekeken naar de best passende zorg. Tijdens het revalidatieproces is richting gegeven aan de bestemming na ontslag. In dit hoofdstuk worden de diverse vormen van nazorg besproken. Voor alle vormen van nazorg geldt dat de verwijzer een terugkoppeling krijgt vanuit de revalidatiesetting. De revalidant en zijn netwerk kunnen over het algemeen goed inschatten wat de eigen draagkracht is maar het is wel te adviseren om (voldoende) professionele ondersteuning, zoals bijvoorbeeld thuiszorg in te zetten¹. De huisarts kan hierbij een belangrijke rol spelen.

Terugkeer naar huis met mogelijkheid van thuiszorg

Bij terugkeer naar huis dient de zorgbehoefte op het niveau van de revalidant te worden afgestemd in overleg met de thuiszorg. Vanuit de revalidatiesetting wordt zorg gedragen voor een medische en verpleegkundige overdracht naar huisarts en/of medisch specialist. Tevens is er een overdracht over de zorg die de revalidant nodig heeft. Indien mogelijk is een zogenaamde 'warme overdracht' wenselijk: de revalidant wordt nog tijdens het verblijf binnen de geriatrische revalidatie bezocht door een wijkverpleegkundige. Bij terugkeer naar de thuissituatie is het wenselijk dat de huisarts op de hoogte is voordat het ontslag heeft plaatsgevonden.

Reguliere thuiszorg is zorg die thuis wordt verleend op geplande en ongeplande momenten. Deze zorg omvat geen 24-uurs zorg zoals deze wordt verleend in verpleeghuizen. Thuiszorg kent beperkingen als er gedurende de dag continu toezicht moet zijn die niet door een mantelzorger verleend kan worden. Thuiszorg in combinatie met voorzieningen zoals alarmering, maaltijdvoorziening, ondersteuning van mantelzorg door daginvulling van de cliënt via een dagopvang naast bijvoorbeeld gespecialiseerde begeleiding vanuit de oncologieverpleegkundige. Dit zijn voorliggende voorzieningen die het thuis blijven wonen mogelijk maken. Bij het vaststellen van thuiszorg worden de mogelijkheden van mantelzorger en sociaal netwerk geïnventariseerd. Het is wenselijk om een ergotherapeut een huisbezoek af te laten leggen om de woonsituatie te beoordelen op eventuele noodzaak van aanpassingen zoals beugels bij douche, toilet, drempels, traplift e.d.

Het staat vrij om naast reguliere thuiszorg te kiezen voor aanvullingen met particuliere zorg die door eigen middelen betaald kunnen worden. Deze zorg is specifiek en heeft een eigen prijskaartje en wordt daarom niet verder besproken. Dit geldt ook voor andere vormen van zorg in de thuissituatie.

Inzet van signaleringsinstrumenten is mede afhankelijk van de inzet van zorg waarmee de revalidant naar huis gaat. De op palliatieve zorg gerichte instrumenten zoals Utrechts symptomen Dagboek, pijn signaleringsinstrumenten en DOS (deliriumschaal) kunnen wel in deze fase ingezet worden. In het nazorgtraject is de ketenzorg van het grootste belang. De revalidant heeft een revalidatietraject doorlopen en gaat weer naar huis. Welke opties zijn dan nog mogelijk in eventuele verdere behandeling? Voor het gebruik van signaleringsinstrumenten is het van belang dit helder te hebben en een overzicht te hebben van verwijsmogelijkheden voor nazorg bij kanker (zie ook www.verwijsgidskanker.nl).

Dagbesteding

Vanuit de revalidatiesetting kan terugkeer naar huis worden gecombineerd met zorg via een dagbehandeling of dagbesteding. Dagbehandeling: om in aanmerking te komen voor de functie

Behandeling moet de basis van informatie van de behandelaar ook zijn vastgesteld dat er noodzaak is voor:

- Continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg).
- Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag.
- Aanvullende functionele diagnostiek.
- Consultatie.
- Medebehandeling.

En indicatie dient te worden aangevraagd bij het C.I.Z.

Dagbesteding: een indicatie wordt afgegeven door de gemeente, WMO. Er wordt gewerkt met profielen:

- Profiel gericht op stabiliteit en behoud van de cliënt.
- Profiel gericht op welbevinden van de cliënt.
- Profiel gericht op verandering en groei van de cliënt.

Vervolgens is er per profiel nog een onderverdeling in drie categorieën, te weten:

- Enkelvoudig
- Enkelvoudig complex/meervoudig
- Meervoudig complex

Verhuizing naar een verpleeghuis op basis van een indicatie Wet langdurige zorg

Indien tijdens de revalidatie wordt vastgesteld dat terugkeer naar huis geen optie is omdat de zorgbehoefte te groot is, wordt de revalidant doorverwezen naar de chronische zorg. De revalidant moet dan voldoen aan de volgende criteria:

- Permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen:
 - door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft.
 - door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.²

Hierbij geldt eveneens dat de revalidant een levensverwachting heeft van meer dan 3 maanden.

Het gebruik van signaleringsinstrumenten bij een verblijf binnen de chronische zorg wordt per situatie bekeken. De revalidant is leidend in het bepalen van de zorg die hij wil ontvangen.

Verhuizing naar een hospice een unit voor terminale zorg binnen een verpleeghuis of naar huis met terminale thuiszorg

Wanneer helder is dat er sprake is van een terminale levensverwachting en de revalidant wil of kan niet naar huis, is verhuizen naar een hospice of unit voor terminale zorg binnen een verpleeghuis een mogelijkheid. De behandelend arts dient dan een levensverwachting van minder dan drie maanden uit te spreken zodat de juiste indicatie kan worden aangevraagd. Binnen een hospice kan 24 uur per dag een beroep gedaan worden op (medische) zorg. Zie hiervoor ook: http://www.palliatievezorg.nl/page_828.html.

Indien er sprake is van palliatieve terminale zorg ligt de nadruk op zorg die comfort biedt in de deze levensfase. Hierbij dient aandacht te zijn voor een einde levensfase gesprek en kan gebruik worden gemaakt worden van de inzet van (Vrijwillige) Palliatieve Terminale Zorg. Vanuit de revalidatiesetting kan

deze vorm van zorg ook thuis worden ingezet zodat cliënt de laatste fase van zijn leven thuis kan doorbrengen. De wijkverpleegkundige indiceert ook deze vorm van thuiszorg.

Literatuur

1. Oncologie. J van de Velde et al, Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
2. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/Hoofdstuk3/2/Artikel321/geldigheidsdatum22-01-2015>

Bijlagen

B1 Externe experts

De volgende wetenschappelijke of beroepsverenigingen hebben feedback gegeven op het behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Ergotherapie Nederland
- Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie (NVFL)
- Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ)
- Verenso

B2 Format zorgpad Geriatrische oncologische revalidatie

Tumorsoort**Verpleeghuis** Naam instelling

**Eigenaar
zorgpad** Naam eigenaar**Versienummer** 1.0**Datum** november 2016

Voor u ligt het zorgpad geriatrische oncologische revalidatie. Dit format is door Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) ontwikkeld met input van de vijf voorloperinstellingen die deelnamen aan het project geriatrische oncologische revalidatie en kan als leidraad dienen bij het ontwikkelen en implementeren van geriatrische oncologische revalidatie. Het zorgpad is transmuraal van opzet en kan worden gekoppeld aan een tumorspecifiek zorgpad. IKNL heeft voor meerdere tumorsoorten tumorspecifieke formats ontwikkeld en heeft ook een niet-tumorspecifiek format en een palliatief format. De formats geven een globaal zorgpad weer en zijn niet specifiek beschreven vanuit een organisatie. De organisatie of zorgketen kan het format zelf aanpassen op basis van de lokale werkwijze en afspraken. Daar waar verpleegkundige staat wordt ook verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige bedoeld. Daar waar casemanager staat, wordt ook aanspreekpunt, vast contactpersoon en centrale zorgverlener bedoeld en daar waar 'hij' staat kan ook 'zij' worden gelezen. De tumorspecifieke formats worden na revisie van richtlijnen of normen binnen IKNL verband geactualiseerd. Meer informatie over het IOZP-model kunt u opvragen bij IKNL via een adviseur oncologische zorg.

Dit zorgpad is opgesteld op basis van het behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie (GOR). Het behandelprogramma is opgesteld op basis van de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie, de bijbehorende module Kwetsbare (veelal oudere) patiënten en is tevens specifiek gemaakt voor de geriatrische doelgroep en setting. In de tekst wordt op een aantal momenten verwezen naar het behandelprogramma voor meer gedetailleerde informatie. Dit zorgpad en het behandelprogramma horen bij elkaar en zijn beiden instrumenten in de implementatie van geriatrische oncologische revalidatie.

De beschrijving van het zorgpad kent verschillende onderdelen:

Fase: Fase van het proces (verwijzing, diagnostiek, behandeling en nazorg)

Actie: Actie die wordt ondernomen in betreffende fase

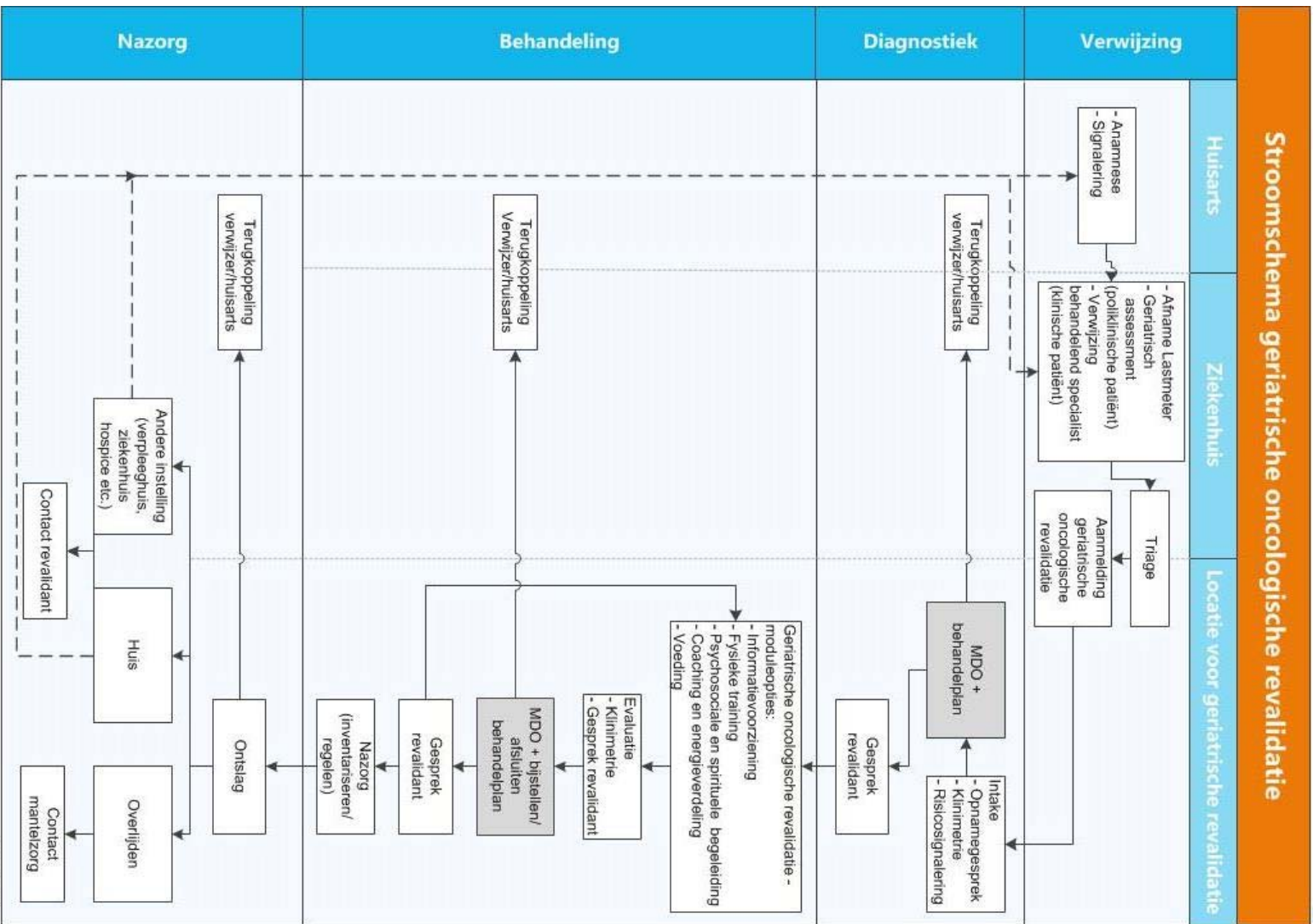
Betrokken hulpverleners: Hulpverleners betrokken bij deze actie

Specifieke punten: Aandachtspunten bij deze actie

Inhoudsopgave

Format zorgpad geriatrische oncologische revalidatie.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Stroomschema (nog invoegen)	63
Verwijzing.....	63
Diagnostiek/intake.....	66
Opname locatie voor geriatrische oncologische revalidatie (o.a. verpleeg- en/of verzorgingshuis).....	66
Vaststellen behandeladvies mdo	66
Gesprek revalidant.....	67
Behandeling	69
Evaluatie	69
Vaststellen behandeladvies mdo	69
Gesprek revalidant.....	70
Nazorg.....	71
Zorg rondom ontslag.....	71
BIJLAGE 1	72

Stroomschema



© IKNL 2016



Verwijzing

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt huisarts of is opgenomen in het ziekenhuis.</p> <p>Bespreek met patiënt het geriatrisch assessment (bij poliklinische patiënten)</p> <p>Voer diagnostisch onderzoek uit:</p> <ul style="list-style-type: none">• anamnese en lichamelijk onderzoek• eventueel aanvullend onderzoek <p>Screen (het risico) op ondervoeding.</p> <p>Huisarts verwijst de patiënt voor geriatrische revalidatiezorg door naar de polikliniek van het ziekenhuis.</p> <p>neem vanuit het ziekenhuis contact op met transferverpleegkundige voor triage.</p>	<p>Huisarts</p> <p>Hoofdbehandelaar</p> <p>Transferverpleegkundige</p>	<p>Afname van de Lastmeter vormt vaak aanleiding voor doorverwijzing naar geriatrische oncologische revalidatie binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).</p> <p>Verwijzing naar GRZ op basis van geriatrisch assessment (poliklinische patiënten) of verwijzing behandelend specialist (klinische patiënten)</p> <p>Een geriatrisch assessment wordt afgenomen door een geriater of internist ouderengeneeskunde (of een verpleegkundige onder de supervisie van een van deze disciplines). SFMPC-model wordt veelal voor geriatrisch assessment gebruikt.</p> <p>Houd bij keuze voor ziekenhuis rekening met beschikbare diagnostiek, wachttijden en voorkeur patiënt.</p> <p>Transferverpleegkundige bepaalt of patiënt in aanmerking komt voor GRZ en vraagt overdrachtsdocumenten op.</p>

<p>Overdracht</p> <p>Verwijs door transferverpleegkundige/specialist ouderengeneeskunde en lever de volgende gegevens aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reden van verwijzing • anamnese, uitslagen lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek • voorkomen kanker in familie • ziektegeschiedenis • medicatie • multimorbiditeit • voedingstoestand • fysieke en psychosociale klachten • behandelwensen patiënt 	<p>Huisarts Hoofdbehandelaar Transferverpleegkundige Specialist ouderengeneeskunde</p>	<p>Verwijsbeleid is duidelijk voor alle specialisten.</p> <p>Streef naar digitale gegevensuitwisseling tussen verwijzer en behandelaren in de locatie voor geriatrische revalidatie.</p> <p>Maak afspraken over contact voor consultatie en overleg tussen verwijzers en behandelaars in de locatie voor geriatrische revalidatie.</p>
--	--	--

Diagnostiek/intake

Opname locatie voor geriatrische oncologische revalidatie (o.a. verpleeg- en/of verzorgingshuis)

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Meld revalidant aan voor geriatrische oncologische revalidatie.</p> <p>Neem revalidant op in locatie voor geriatrische revalidatie.</p> <p>Houd een opnamegesprek en informeer revalidant over geriatrische oncologisch revalidatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anamnese • lichamelijk onderzoek • diagnostisch onderzoek • laboratoriumonderzoek • screen op (risico) ondervoeding en andere voedinggerelateerde klachten • bespreek verwachtingen met revalidant en mantelzorgers • bespreek de rol die mantelzorgers kunnen en willen spelen <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met revalidant.</p>	<p>Specialist ouderengeneeskunde (Transfer) verpleegkundige Behandelaars revalidatie</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is...</p>	<p>riage vindt meestal plaats door transferverpleegkundige Instrumenten voor klinimetrie staan opgenomen in het behandelprogramma GOR. Denk ook aan een risicosignalering.</p> <p>Behandeling start vanaf dag 1 vanuit therapeutisch klimaat op de afdeling.</p>

Vaststellen behandeladvies mdo

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Bespreek en documenteer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uitslagen onderzoeken • prognose/voorlopige ontslagdatum vaststellen • ontslagbestemming • behandeladvies 	<p>Leden mdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialist ouderengeneeskunde • Behandelaars GOR • Casemanager 	<p>Mdo vindt wekelijks plaats op een vast tijdstip.</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Stuur het verslag van mdo uiterlijk binnen twee werkdagen naar de huisarts.	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundige 	

Gesprek revalidant

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Stel een behandelprogramma samen in nauw overleg met de revalidant op basis van mdo: kies voor relevante modules, maak afspraken over behandelfrequentie.</p> <p>Behandelmodules:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informatievoorziening • fysieke training • psychosociale- en spirituele begeleiding • coaching en energieverdeling • voeding <p>Bespreek (voorlopige) ontslagdatum.</p>	<p>Specialist Ouderengeneeskunde Oncoloog Behandelaars GOR Verpleegkundige</p>	<p>Stel na het mdo in het uitslaggesprek het behandelplan op samen met de revalidant (en eventueel mantelzorgers) vanuit de principes van gedeelde besluitvorming (shared decision making) en GRZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geef revalidant op het individu afgestemde informatie over opties en uitkomsten (inclusief de optie van niet behandelen). • Bespreek mogelijke voor- en nadelen van de opties, waarbij de revalidant ook geïnformeerd wordt over specifieke kansen en risico's. • Ga expliciet na welke waarden en voorkeuren de revalidant heeft ten aanzien van de mogelijke opties, zodat revalidant een bij hen passende beslissing kan nemen. • Geef revalidant voldoende tijd voor besluitvorming. Indien gewenst ontvangt de revalidant hierbij ondersteuning (Zorgstandaard Kanker, 2014). <p>Maak op basis van de vraag van de revalidant en de klinimetrie een keuze uit een aantal relevante modules.</p>
<p>Overdracht Informeel verwijzer en/huisarts regelmatig over het gekozen behandeltraject.</p>	<p>Specialist ouderengeneeskunde Verpleegkundige</p>	

Behandeling

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Voer het behandelprogramma uit.</p> <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en bespreek dit met revalidant.</p> <p>Neem de Lastmeter bij start en het einde van de behandeling af. Alleen niet vaker dan elke drie maanden met als laatste keer het gesprek waar de behandeling wordt afgesloten.</p>	<p>Specialist ouderengeneeskunde</p> <p>Behandelaars GOR Casemanager Verpleegkundige</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is...</p>	<p>In het behandelprogramma staan de verschillende modules beschreven.</p> <p>De zorg speelt een grote rol in de revalidatie door middel van het therapeutisch klimaat.</p>

Evaluatie

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Herhaal de klinimetrie.</p> <p>Evalueer met de revalidant en de mantelzorgers de behandeling.</p> <p>Houd contact met ziekenhuis over eventuele vervolgbehandeling.</p>	<p>Specialist ouderengeneeskunde</p> <p>Behandelaars GOR Casemanager</p>	<p>Evaluatie vindt plaats op een vooraf vastgesteld moment.</p> <p>Betrek revalidant en mantelzorgers.</p>

Vaststellen behandeladvies mdo

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Bespreek tijdens het mdo de evaluatiegegevens en stel het behandelplan zo nodig en in overleg met de revalidant bij.</p>	<p>Leden mdo:</p>	<p>Mdo vindt wekelijks plaats op een vast tijdstip.</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Stel eventueel de voorlopige ontslagdatum bij. Bespreek en documenteer: <ul style="list-style-type: none"> • uitslagen alle onderzoeken • prognose/voorlopige ontslagdatum • ontslagbestemming • behandeladvies 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialist ouderengeneeskunde Behandelaars GOR • Casemanager • Verpleegkundige 	

Gesprek revalidant

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Bespreek met de revalidant het behandelplan.	Specialist ouderengeneeskunde Behandelaars GOR Verpleegkundige	Stel na het mdo in het uitslaggesprek het behandelplan op samen met de revalidant (en eventueel mantelzorgers) vanuit de principes van gedeelde besluitvorming (shared decision making) en GRZ: <ul style="list-style-type: none"> • Geef revalidant op het individu afgestemde informatie over opties en uitkomsten (inclusief de optie van niet behandelen). • Bespreek mogelijke voor- en nadelen van de opties, waarbij de revalidant ook geïnformeerd wordt over specifieke kansen en risico's. • Ga expliciet na welke waarden en voorkeuren de revalidant heeft ten aanzien van de mogelijke opties, zodat revalidant een bij hen passende beslissing kan nemen. • Geef revalidant voldoende tijd voor besluitvorming. Indien gewenst ontvangt de revalidant hierbij ondersteuning (Zorgstandaard Kanker, 2014).
Overdracht Informeer huisarts en of verwijzer vanuit ziekenhuis over het eventueel bijgestelde behandeltraject.	Specialist ouderengeneeskunde Verpleegkundige	

Nazorg

Zorg rondom ontslag

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Inventariseer en regel de nazorg.</p> <p>Nazorggesprek met patiënt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doel van de nazorg, mogelijkheden en onmogelijkheden en inhoud. • belang van lichaamsbeweging en gezonde leefstijl • behandeladviezen voor thuis of in de andere instelling • mogelijkheden voor zelfzorgmanagement <p>Leg de besproken punten, in afstemming met de revalidant, vast in het individueel nazorgplan voor de revalidant.</p> <p>Patiënt gaat met ontslag.</p> <p>Plan een nabelmoment met de revalidant of mantelzorger (in geval van overlijden). Noteer dit in het nazorgplan.</p>	<p>pecialist ouderengeneeskunde</p> <p>Behandelaars GOR</p> <p>Casemanager</p> <p>Verpleegkundige</p>	<p>Er zijn drie opties voor ontslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • revalidant gaat naar huis • revalidant gaat naar andere instelling (terug naar ziekenhuis/hospice) • revalidant overlijdt <p>Bij ontslag naar huis is afstemming met de (oncologie) verpleegkundige in de eerste lijn belangrijk.</p> <p>Tips bij ontslag: regel een proefverlof of laat mantelzorgers een dag(deel) meelopen of organiseer een vragenuurtje voor mantelzorgers.</p>
<p>Overdracht</p> <p>Bericht verwijzer, huisarts en behandelaars eerste lijn middels brief over nazorg.</p> <p>Maak afspraken over zorgvragen waarvoor revalidant zich kan melden bij de locatie voor geriatrische revalidatie.</p>	<p>Casemanager</p>	<p>Stuur huisarts eventueel een kopie van het nazorgplan toe.</p> <p>Spreek af wie contactpersoon is voor de huisarts en communiceer dit met de huisarts.</p>

BIJLAGE 1

1. Gebruikte documenten

- Handreiking slecht-nieuwsgesprek, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Ondervoeding, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie, 2018 en Richtlijnmodule Kwetsbare (veelal oudere) patiënten (conceptversie 2017)
- Behandelprogramma geriatrische oncologische revalidatie, 2018 (www.iknl.nl)
- Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, 2017 (www.oncoline.nl)

Overige documenten (te vinden op websites van de verenigingen)

- NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk, NHG 2014 (www.nhg.org)
- Zorgstandaard Kanker, NFK, IKNL, KWF Kankerbestrijding 2014 (www.nfk.nl)
- Zorgmodule Zelfmanagement 1.0, CBO 2014 (www.zorginstituutnederland.nl)
- Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0, CBO 2013 (www.zorginstituutnederland.nl)
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) ondervoeding, 2010 (www.stuurgroepondervoeding.nl)

2. Normen en indicatoren

Van bovenstaande gebruikte documenten zijn de meest relevante normen/indicatoren opgenomen die voor dit zorgpad gelden.

Voor het gehele zorgpad geldt structurele registratie van de kwaliteitsindicatoren van Zorginstituut Nederland.

Voor het gehele zorgpad gelden de vijf generieke indicatoren uit Zorgstandaard Kanker, 2014:

De eerste drie generieke indicatoren hebben betrekking op de werking van de zorgstandaard, de laatste twee over het meten van patiëntenervaringen.

- De patiënt heeft een individueel zorgplan.
- Vastgelegd is wie de hoofdbehandelaar is, wie verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie en wie het vaste aanspreekpunt is.
- De zorgaanbieder neemt deel aan een landelijke zorginhoudelijke registratie (indien beschikbaar).
- De zorgaanbieder neemt deel aan patiëntenervaringsonderzoek met behulp van de CQ-index Vragenlijst Kankerzorg.
- De zorgaanbieder neemt deel aan patiëntenervaringsonderzoek met behulp van een vragenlijst voor Patient Reported Outcome Measures (PROM's).

2.1 Normen en indicatoren per fase

VERWIJZING

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Geadviseerd wordt patiënten met kanker tijdens het diagnose- en behandeltraject herhaaldelijk te screenen op (het risico op) ondervoeding:

- In de periode voorafgaand aan de behandeling: bij bezoek aan de huisarts en/of bij het eerste poliklinische bezoek aan de specialist; zie Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Ondervoeding 2010;
- Tijdens de behandeling: bij opname in het ziekenhuis, bij dagbehandeling en bij bezoek aan een radiotherapeutisch instituut;
- In de periode na behandeling: bij een consult op de polikliniek en bij de huisarts, bij een intakegesprek met de thuiszorg/wijkverpleging en/of bij opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. Bij de screening op (risico op) ondervoeding bij patiënten met kanker kunnen de reeds geïmplementeerde screeningsinstrumenten MUST, SNAQ, PG-SGA (voor de diverse doelgroepen) worden gebruikt. Voor ouderen is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. Op dit moment wordt de MNA-SF bij oudere patiënten gebruikt. Er wordt geadviseerd patiënten met een screeningsuitslag 'ondervoeding' of 'hoog risico op ondervoeding' te verwijzen naar de diëtist.

DIAGNOSTIEK

RICHTLIJN ONDERVOEDING | zie bij 'verwijzing'.

IGZ | Elke patiënt gediagnosticeerd met kanker met complexe zorgvraag moet kunnen rekenen op een duidelijk aanspreekpunt of casemanager in de keten voor de oncologische zorg. Dit aanspreekpunt is in iedere periode van de zorg in het zorgpad/patiëntendossier traceerbaar. Voor de patiënt is duidelijk wie het aanspreekpunt is en hoe contact kan worden gelegd.

BEHANDELING

RICHTLIJN DETECTEREN BEHOEFTE PSYCHOSOCIALE ZORG | Het verdient aanbeveling om signalering de eerste keer te laten plaatsvinden in de periode vlak nadat de patiënt de diagnose kanker heeft gekregen. Het slechtnieuwsgesprek zelf is daarvoor geen geschikt moment. Het eerste vervolgesprek met de behandelend arts of verpleegkundige/verpleegkundig specialist is daarvoor geschikter. Vervolgmomenten voor signalering zijn:

- I. Tijdens de behandeling: niet vaker dan elke 3 maanden met als laatste keer het gesprek waar de primaire behandeling wordt afgesloten.
Eventueel ook op ziektegerelateerde risicomomenten:
 - bij de start en het einde van elke behandeling (chemo-, radio-, hormoon-, targeted therapie)
 - bij de overgang van behandeling naar controleperiode
 - bij het optreden van een recidief en/of metastasen

-
- bij de overgang van curatieve naar palliatieve behandeling
 - II. Tijdens de controleperiode in het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk: bij ieder (poliklinisch) bezoek maar niet vaker dan elke 3 maanden.
 - III. De laatste keer in het ziekenhuis bij de overdracht naar de eerste lijn, waarna signalering verder plaats moet vinden in de huisartsenpraktijk.

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Voor de operatie dienen matig tot ernstig ondervoede (gewichtsverlies >10%) personen gedurende tenminste 7-10 dagen volwaardig te worden gevoed. Er wordt geadviseerd bij het optimaliseren van de preoperatieve voedingstoestand uiterste aandacht te geven aan het dagelijks toedienen van de volledige hoeveelheid voorgeschreven voeding. Sondevoeding heeft daarbij de voorkeur boven parenterale voeding. Zie ook bij 'verwijzing'.

BLAUWDRIJK KANKER EN WERK | Medici en paramedici geven aan welke (medische) consequenties de ziekte en de behandeling op korte en lange termijn kunnen hebben voor het verrichten van arbeid.

NAZORG

RICHTLIJN HERSTEL NA KANKER | Medisch specialisten dienen klachten en vroege gevolgen van kanker en de behandeling actief op te sporen middels systematische vroegsignalering en deze tijdig te behandelen, dan wel adequaat door te verwijzen. Bij de uitvoering hiervan kunnen ze andere professionals inschakelen. Het verdient aanbeveling hier taakafspraken over te maken. Deze aanpak bestaat uit:

- regelmatig signaleren van de vroege gevolgen van kanker met behulp van (gevalideerde) signaleringsinstrumenten
- informeren van de patiënt over de mogelijke behandelingen via zelfmanagement en professionele zorg
- behandelen van de vroege gevolgen
- verwijzen op indicatie

Nazorg bevat standaard de behandeling van fysieke en psychosociale klachten. Denk hierbij onder andere aan:

- oncologische revalidatie
- psychosociale interventies
- begeleiding bij arbeidsre-integratie

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Er wordt geadviseerd om ondervoeding effectief te bestrijden of om een behaald resultaat te behouden en de voorlichting en dieetadvisering gedurende langere tijd te herhalen. Een multidisciplinaire samenwerking tussen diëtist, arts, verpleegkundige en andere hulpverleners en een transmurale overdracht van klinische diëtisten in verzorgings- en verpleeghuizen dan wel de thuissituatie vice versa is vereist.

B3 Evaluatieformulier module informatievoorziening

Naam:

Datum:

1 Wat was uw algemene indruk over de informatiemodule?

.....

1 Wat waren uw bevindingen over de volgende onderwerpen?

Geriatrische oncologische revalidatie

Kanker & behandeling

Fysieke training & actieve leefstijl

Vermoeidheid

Voeding

Dagbesteding

2 Wat zijn uw bevindingen over de hoeveelheid informatie die gegeven is tijdens de module?

(Denk hierbij ook aan folders, informatiemateriaal en presentaties)

.....

3 Wat zijn uw bevindingen over de verdiepende opdrachten?

.....

4 Wat zijn uw bevindingen over de manier waarop de module werd verzorgd en het niveau van de therapeuten?

.....

Heeft u informatie gemist? Ja/Nee

Zo ja, welke informatie:

.....

B4 Voeding

Er is een algemene informatiemodule voor alle deelnemers van geriatrische oncologische revalidatie. Hierin past algemene informatie over voeding, per fase verder toe te spitsen. Doel: ondersteunen zelfmanagement

Inhoud voeding voor de algemene informatiemodule Geriatrisch oncologische revalidatie:

- 1 Voeding en bewegen:
 - Waaraan moet mijn voeding voldoen?
 - Moet ik extra eten of vitamines slikken?
- 2 Voeding en kanker:
 - Ik word behandeld en kan bijwerkingen verwachten. Waar moet ik op letten?
 - Wat is ondervoeding bij kanker?
 - Ik wil niet aankomen, waarop kan ik letten?
 - Waar vind ik algemene informatie over voeding en kanker?
 - Hoe kan ik in de toekomst voorkomen dat ik weer ziek wordt of kanker krijg?
 - Hoe vind ik een diëtist die bekend is met mijn klachten?

1. Voeding en bewegen

Waaraan moet mijn voeding voldoen?

Voor een optimaal herstel kunnen goede voeding en beweging niet zonder elkaar. Zij kunnen elkaar versterken. Een goede voeding helpt om het resultaat van geriatrische oncologische revalidatie te verbeteren. Behoud en opbouw van spieren is alleen mogelijk als u voldoende energie (brandstoffen), eiwitten (bouwstoffen) en overige voedingsstoffen binnenkrijgt. Beweging en training zorgen ervoor dat de eiwitten benut worden voor spierbehoud en –opbouw. Zonder beweging en training wordt voeding voornamelijk omgezet in vetmassa.

Vocht is een belangrijke voedingsstof. Vocht is onder andere nodig voor transport van voedingsstoffen en afvalstoffen in de bloedbaan en door het lichaam. Afvalstoffen worden via de bloedbaan en de nieren afgevoerd. Per dag is 1,5-2 liter vocht nodig. Bij inspanning en transpireren is extra vocht nodig om aan te vullen wat u extra verliest.

Meer informatie:....

Moet ik extra eten of vitamines slikken?

De Nederlandse voeding levert een royale hoeveelheid energie, eiwit en voedingsstoffen. Het kan zijn dat u door vermoeidheid of bijwerkingen van de behandeling niet voldoende hiervan binnenkrijgt. Of u voldoende energie, eiwit en overige voedingsstoffen binnenkrijgt, ligt aan uw voedselkeuze en uw maaltijdenpatroon. Het slikken van extra vitamines en antioxidanten wordt afgeraden. Zij kunnen nooit een goede voeding vervangen. Als u door ziekte of door bijwerkingen van uw behandeling niet goed of voldoende kunt eten, kan een multivitaminetablet tot 100 % van de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid (ADH) een nuttige aanvulling zijn. Het gezegde 'baat het niet, dan schaadt het niet' gaat niet altijd op. Overdosering kan schadelijk zijn en averechts werken op het effect van de medische behandeling. Bespreek altijd met uw behandelend arts welke extra vitamines of preparaten u gebruikt en in welke hoeveelheden.

Meer informatie:....

2. Voeding en kanker

Ik word behandeld en kan bijwerkingen verwachten. Waar moet ik op letten?

Voordat u met een behandeling voor kanker begint, krijgt u informatie over mogelijke bijwerkingen. Er wordt uitgelegd welke bijwerkingen u kunt verwachten, waardoor ze ontstaan en wat u kunt doen om ze te

voorkomen/behandelen. U krijgt schriftelijke informatie mee of komt te weten waar u informatie kunt vinden.

Een aantal bijwerkingen heeft invloed op wat u kunt eten. Zo kan uw eetlust of smaak verminderen, u kunt bij tijden misselijk zijn of uw darmen kunnen anders gaan werken. Ook vermoeidheid kan uw zin in eten beïnvloeden. Als u last krijgt van bijwerkingen waardoor u minder gaat eten, bespreek dit met uw arts.

Medicatie kan verlichting geven. Voor aanpassing van uw voeding raadpleeg de KWF brochure 'Voeding bij kanker'. Hierin staat algemene informatie over voeding bij kanker en voor diverse bijwerkingen worden voedingsadviezen gegeven. U kunt ook vragen om een verwijzing naar de diëtist.

Een goede voedingstoestand is belangrijk om de behandeling goed te doorstaan. U kunt uw voedingstoestand beoordelen aan de hand van uw gewichtsverloop. Houd uw lichaamsgewicht in de gaten. Weeg wekelijks op eenzelfde weegschaal, onder dezelfde omstandigheden na het opstaan en uitplassen. Bespreek onbedoelde gewichtsveranderingen van > 3 kg met uw arts.

Wij kunnen u helpen een diëtist in de buurt te vinden die bekend is met uw ziekte en behandeling.

Meer informatie...

Wat is ondervoeding bij kanker?

Veel mensen met kanker hebben moeite met eten. Mogelijk hebt u dat ook. Daardoor loopt u het risico ondervoed te raken. Ondervoeding betekent dat het lichaam tekort heeft aan energie en voedingsstoffen. Gevolg is dat u afvalt en uw spiermassa afneemt. Uw weerstand daalt en uw conditie verslechtert. U heeft daardoor kans op complicaties tijdens of na de behandelingen. Ook kan het herstel trager verlopen. Een belangrijk signaal van ondervoeding is onbedoeld gewichtsverlies. Het kan zijn dat u dit prettig vindt, omdat u toch al wilde afvallen. Maar afvallen terwijl u niet bewust aan het 'lijnen' bent, kan leiden tot een minder goede voedingstoestand en een slechtere conditie. U kunt ook ondervoed raken als u nog te zwaar bent. Andere signalen van ondervoeding zijn vermoeidheid, gebrek aan eetlust, smaakverandering, verminderde spierkracht. Hoe eerder ondervoeding gesignaleerd wordt en u voedingsondersteuning krijgt, hoe beter. Ondervoeding door onvoldoende voeding kan worden aangepakt door meer en vaker te eten, door een andere keuze van producten of door energie- en eiwitrijker te eten.

Meer informatie: NFK 'ondervoeding bij kanker' Wat kunt u zelf doen om ondervoeding te voorkomen of tegen te gaan?

Ik wil niet aankomen, waarop kan ik letten?

Meer bewegen kan helpen om gewichtstoename in de vorm van vetweefsel te voorkomen. Door opbouw van spiermassa gaat uw lichaam meer energie verbranden. Meer spiermassa helpt ook op de lange duur om uw gewicht te beheersen. Let daarbij op wat u eet.

U kunt ook proberen gewichtstoename te voorkomen door suiker en vetten te beperken. Bijvoorbeeld door suiker te vervangen door calorievrije zoetstoffen en vervang frisdrank met suiker door frisdrank light en u zou meer water of thee zonder suiker kunnen drinken. Vruchtensappen bevatten ook veel suiker. Gebruik dit dus liever met mate. Kies magere of halfvolle producten en kies voedingsmiddelen die weinig energie bevatten zoals fruit, rauwkost, magere zuivelproducten.

Houd uw lichaamsgewicht in de gaten. Weeg wekelijks op eenzelfde weegschaal, onder dezelfde omstandigheden na het opstaan en uitplassen. Bespreek onbedoelde gewichtstoename met uw arts. Er zijn diverse methoden om gewichtstoename aan te pakken. Belangrijk is iets te doen wat bij u past. Er zijn zelfhulpprogramma's en wij kunnen u op weg helpen naar de juiste bronnen/informatie.

Bij onbedoelde gewichtsveranderingen van > 3 kg kunt u vragen om een consultverwijzing naar de diëtist. Meet uw middelomtrek/buikomvang/taille. Toename van vetweefsel rond uw middel is ongunstig voor uw gezondheidstoestand. Het verhoogt het risico op diabetes, hart- en vaatziekten en sommige vormen van kanker. Is uw buikomvang > 88 (vrouw) of > 102 (man), vraag dan om een consultverwijzing naar de diëtist

Meer informatie

Waar vind ik algemene informatie over voeding en kanker?

KWF brochure 'voeding bij kanker' <http://repository.kwfkankerbestrijding.nl/PublishingImages/brochure-kanker-voeding.pdf>

Hoe kan ik in de toekomst voorkomen dat ik weer ziek wordt of kanker krijg?

Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar leefstijladviezen voor mensen die zijn genezen van kanker. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die borstkanker hebben gehad en lichamelijk actief zijn, een lager risico hebben op terugkeer van de ziekte. Vrouwen die zijn behandeld voor kanker en tijdens of na de behandeling in gewicht toenemen, lijken wél een grotere kans te hebben dat de borstkanker terugkeert. Vaak ontstaat overgewicht door een toename van de vetmassa en een afname of gelijk blijven van de spiermassa. Overgewicht speelt in meerdere opzichten een rol bij het ontstaan van kanker. Bij overgewicht geven vetcellen hormonen (oestrogeen) af wat de kans op bijvoorbeeld borstkanker vergroot. Daarnaast beïnvloedt vet rond het middel de aanmaak van groeihormonen, en die zijn weer van invloed op het ontwikkelen van kanker. Tenslotte geeft een toegenomen vetmassa een hoger risico op hart- en vaatziekten en diabetes. Genoeg redenen om overgewicht te voorkomen en te zorgen voor een gezond gewicht.

Hoe vind ik een diëtist die bekend is met mijn klachten?

Verwijsmogelijkheden, diëtistennetwerken etc. zie bronnen en websites

- Toolkit met achtergrondinformatie voor zowel deelnemers als hulpverleners
- KWF Kankerbestrijding, brochure Voeding bij kanker
- Kanker.nl, Brochure Ondervoeding bij kanker, <https://www.kanker.nl/bibliotheek/artikelen/1070-brochure-ondervoeding-bij-kanker>
- Stichting Wereld Kanker Onderzoek Fonds, onderdeel van het internationale World Cancer Research Fund, heeft vele publicaties en hulpmiddelen voor zelfmanagement ontwikkeld. Raadpleeg de site: www.wcrf.nl

Voorbeelden van materialen, brochures voor onderbouwing en zelfmanagement:

- www.wkof.nl/nl/kanker-voorkomen/campagne-samen-kanker-voorkomen/vraag-gratis-publicaties-aan

Bronnen en websites om naar te verwijzen:

- www.voedingscentrum.nl: Voedingscentrum met objectieve informatie over voeding en gezondheid.
- www.nvdietist.nl: Nederlandse Vereniging van Diëtisten met o.a. de bereikbaarheid van diëtisten en in kanker gespecialiseerde diëtistennetwerken.
- www.dieetinzicht.nl: Dieetinformatie o.a. over kanker met de mogelijkheid om een voedingsdagboek in te voeren en de voedingssamenstelling te berekenen.
- www.dietistencooperatie.nl
- www.verwijsgidskanker.nl
- www.tegenkracht.nl
- www.kwfkankerbestrijding.nl: brochure Voeding bij kanker
- www.wcrf.nl: Stichting Wereld Kanker Onderzoek Fonds maakt deel uit van het internationale World Cancer Research Fund netwerk



B5 Bijwerkingen cytostatica

Cardiotoxiciteit

Informatie cardioloog voor aandachtspunten conditieopbouw. Informatie of bètablokkers worden ingenomen, zo ja dan is HF geen betrouwbare parameter. Trainingsintensiteit kan dan bepaald worden met bv VAS of Borgscore. Therapie kan bestaan uit conditietraining en spierversterking; rekening houdend met bovenstaande.

Longfibrose

Rekening houden met waarschijnlijk beperkte belastbaarheid: uithoudingsvermogen, zuurstofsaturatie, dyspneu, pijn, angst. Behandeltechnieken: drainagehoudingen, ademhalingstechnieken, hoesttechnieken, mobiliteit thorax, ontspanningstechnieken.

Hand-voetsyndroom

Aandachtspunt bij opbouw belastbaarheid en oefenen spierkracht.

Vermoeidheid

Aandacht voor belasting/belastbaarheid en doseren activiteiten. Bepaling goede baseline, graded exercise therapy.

Neurologische bijwerkingen/neurotoxiciteit

Mogelijk verstoorde sensibiliteit en/of verminderde spierkracht (zie ook perifere neuropathie). Therapie kan bestaan uit spierkrachtraining, functioneel oefenen, conditietraining, looptraining.

Paresthesieën

Tintelingen of slapend gevoel in handen en/of voeten. Therapeutische prikkels kunnen dan ook anders waargenomen worden. Therapie kan bestaan uit training fijne motoriek, loopoefeningen, aardingsoefeningen.

Oedeem

Rekening mee houden bij spierkrachtraining, doorverwijzen voor oedeemtherapie, lymfedrainage. Regelmatig controleren.

Spierpijn/gewrichtspijn

Goed gedoseerde opbouw van spierkracht en conditie, leren ontspannen. Tevens adviezen voor goede dag- en weekstructuur en bewegingsadvies voor thuis.

Cholinergisch syndroom

Rekening houden met verminderde spierkracht door uitval zenuwen.

Bradycardie/hypotensie

Mogelijk klachten duizeligheid, voornamelijk bij opstaan; extra aanspannen nekspieren voor betere doorbloeding. Wel indicatie om te oefenen. Evt. overleg cardioloog.

Myalgie

Corrigeren spierdisbalans, mobiliserende oefeningen, krachtraining, ontspanningsoefeningen.

Perifere neuropathie

Aandacht verstoord warmte/koude gevoel, prikkelend of slapend gevoel en mogelijk verminderde spierkracht. Therapie: loopoefeningen, spierkrachttraining, fijne motoriek, functioneel oefenen, aardingsoefeningen, eventueel desensitisatie.

Polyneuropathie

Sensibele en/of motorische problemen. Mogelijk aandachtspunt bij looptraining.

Loopstoornissen

Eventueel loophulpmiddel/looptraining.

Trombopenie

Voorzichtig bij sportactiviteiten en oefentherapie. (ook bij massagehandgrepen).

Leukopenie

Gevoeliger voor infecties en bloedingen. Aandacht voor goede hygiëne van de therapeut, de omgeving en de toestellen of behandelmateriaal. Liever niet in groep.

Anemie

Mogelijk bleke kleur, duizelig of licht gevoel in hoofd, kortademig. Goed in de gaten houden, VAS of Borgscore, evt. overleg internist.

Koorts/algehele malaise

Niet behandelen, temperatuur boven 38,5 graden Celsius verwijzen naar specialist ouderen geneeskunde.

B6 Veilig omgaan met cytostatica

Naar aanleiding van de presentatie 'Veilig omgaan met Cytostatica' van Monique Kroeze (IKNL) zijn een aantal concrete adviezen opgesteld voor de fysiotherapeuten die patiënten tijdens de chemotherapie het PACT-bewegingsprogramma aanbieden. De belangrijkste informatie en adviezen zijn onderstaand samengevat.

1. Blootstelling van de medewerker aan chemotherapie vindt over het algemeen plaats tot 7 dagen na de behandeling met chemotherapie.
2. Laat de deelnemers hun eigen handdoek meenemen en laat ze hiermee de apparaten afdekken tijdens de training.
3. Laat de deelnemers na elke trainingssessie alle apparaten goed schoon maken met een sopje van schoonmaakmiddel. Het is handigst om dit sopje in een plantenspuit te doen. Let op: gebruik geen alcohol voor het reinigen van de apparaten. Laat de deelnemers bij dit schoonmaken gebruik maken van papieren doekjes die na het schoonmaken weggegooid kunnen worden.
4. Was na elke training de handen goed.
5. Stel de schoonmaakdienst op de hoogte dat er patiënten die behandeld worden met chemotherapie op de afdeling behandeld worden. De schoonmaakdienst kan dan zorgvuldige maatregelen nemen voor het schoonmaken van uw afdeling.

(Tekst is ontleend aan de PACT-studie)

B7 Mogelijke opzet module coaching en energieverdeling

Dit is een mogelijke opzet voor de groepsbehandeling in de module coaching & energieverdeling. Deze opzet is gebaseerd op 6 bijeenkomsten van 60 minuten. Deze kan ook gebruikt worden voor individuele behandeling.

Individuele intake ergotherapie (30-60 minuten)

- Algemene intake.
- Afname COPM.
- Interpretatie score MVI-20 (vanuit module fysieke training).
- Eerste stap: nadenken over/bekend maken met het opstellen van SMART-doelen.
- Beoordelen deelname groeps- of individuele programma.

Bijeenkomst 1: Educatie & SMART-doelen

- Kennismaking en uitspreken verwachtingen.
- Uitleg coaching en energieverdeling.
- Uitleg van factoren die van invloed zijn op de energiehuishouding (slaap, voeding, aandacht, concentratie).
- Uitleg over kanker gerelateerde vermoeidheid en de multifactoriële invloed.
- Uitleg SMART-doelen.

Huiswerk: Invullen van dag/weeklijsten, start maken met SMART-doelen formuleren.

Bijeenkomst 2: Belasting-Belastbaarheid

- Bespreken ingevulde dag/weeklijsten.
- Uitleg over belasting-belastbaarheidsmodel.
- Lichaamsbewustwording (3-minuten ademruimte, bodyscan, ademmeditatie, mindful theedrinken) en hierbij gebruik maken van VAS/BORG-score.

Huiswerk: eventueel nogmaals invullen dag/weeklijsten met nieuwe input, opstellen prioriteitenlijst.

Bijeenkomst 3: Lichaamsbewustwording (bijvoorbeeld samen met fysiotherapeut of bewegingsagoog)

Voorbeeld oefeningen:

- 3-minuten ademruimte.
- Bodyscan.
- Ademmeditatie.
- Jacobsen, Schultz.
- Gebruik maken van VAS/BORG-score.
- Start maken met theorie en opdracht: 'wat kost energie' en 'wat geeft energie' (item vanuit de Activiteitenweger).

Huiswerk: 'wat kost energie' en 'wat geeft energie', voor- en nadelenmatrix (van de Activiteitenweger)

Bijeenkomst 4: Energie verdelen

- Terugkoppeling 'wat kost energie' en 'wat geeft energie' en de voor- en nadelenmatrix.
- Educatie t.a.v. energie verdelen.
- Energieverdelingsplan maken met behulp van ingevulde dag/weeklijsten en de opdracht 'wat kost energie', 'wat geeft energie' eventueel gebruik maken van graded activity/activiteitenweger. Huiswerk: energieverdelingsplan verder uitwerken en uitvoeren.

Bijeenkomst 5: Energie verdelen

- Evaluatie van het 'energie verdelen'; haalbaarheid/gevoel erbij/effect? Reacties vanuit groep.
- Plan zo nodig bijstellen en/of aanscherpen.
- Actieplan voor komende weken.

Bijeenkomst 6: Afronding

- Evaluatie afgelopen periode + plan 'hoe verder?'
- Evalueren module.

B8 Toelichting module Voeding

Toelichting

[1] Ondervoeding: BMI < 18,5 leeftijd 18+ of BMI < 20 bij 65+

BMI-waarden bij 65 jaar en ouder:

< 20	Ondervoeding
20 tot 22	Risico op ondervoeding
22 tot 28	Gezond gewicht
> 28	Overgewicht

En/ of onbedoelde gewichtsveranderingen van $\uparrow\downarrow$ > 5% of 3 kg/1 maand of > 10% of 6 kg/6 maanden.

Ondervoeding is te onderscheiden in:

- Wasting: verlies van zowel spier-als vetmassa bij voedingstekort door verminderde inname en/of verhoogde verliezen (braken/diarree).
- Cachexie: verlies van m.n. skeletspiermassa (met of zonder verlies van vetmassa), verlies van functionaliteit bij onderliggende ziekte (kanker) ten gevolge van veranderde metabole processen.
- Sarcopenie: verlies van skeletspiermassa en functionaliteit, naast leeftijd geassocieerd ook ten gevolge van veranderde hormoonspiegels.
- Sarcopene obesitas: zeer ongunstige lichaamssamenstelling met verlies van skeletspiermassa bij toename vetmassa, niet vast te stellen door gewichtsverloop, BMI en middelomtrek. Hiervoor is bepaling van de vetvrije massa nodig (huidplooimetingen, BIA, DEXA). Er kan sprake zijn van een combinatie van genoemde typen ondervoeding.¹

Bij de geriatrische revalidant zijn er meerdere factoren die kunnen leiden tot een verminderde (onvoldoende) voedsel- en vochtintake, waardoor extra aandacht voor voldoende inname van belang is. Voorbeelden van deze factoren zijn een slecht (kunst)gebit, vermoeidheid, slikproblemen, verminderd honger- en dorstgevoel en een klein sociaal netwerk.

[2] Overgewicht: BMI > 28 (of 25 bij iemand jonger dan 65), middelomtrek > 102 cm (man) of > 88 cm (vrouw).¹³

[3] Items Lastmeter: smaak, mondslijmvlies, misselijkheid, eten, diarree/obstipatie.

[4] De intake van de diëtist bestaat in grote lijnen uit de volgende onderdelen:^{7,14}

- Diëtistisch onderzoek (anamnese): situatie van revalidant, ziektebeeld, prognose, behandeling, medicatie, nevendiaagnoses, hoe ging het eten voorheen thuis, medische voorgeschiedenis, relevante labwaarden, 'biologische leeftijd', informatie die andere disciplines al hebben verzameld enz., hulpvraag en verwachtingen, klachtenanamnese (numerieke schaal 0-10), voedingsanamnese, beoordeling lichaamssamenstelling en mate van onbedoelde gewichtsveranderingen, (risico op) ondervoeding of overgewicht.
- Individuele eiwit- en energiebehoefte vaststellen.
- Verhoogde eiwitbehoefte 1,0-1,5 gram eiwit/kg (1,5-1,7 g E/kg wordt afgeraden bij ouderen vanwege mogelijke overbelasting van de nieren) actueel lichaamsgewicht per dag voor maximale herstelfuncties na

afronding behandeling en voor spierbehoud (- spieropbouw) in combinatie met beweging (consensus based).

- Energiebehoefte volgens behoefteberekening Harris en Benedict +30 (tot 50%) toeslag, voldoende energie voor training, om ondervoeding te behandelen, te herstellen van bijwerkingen en om te voorkomen dat eiwit als energiebron wordt gebruikt. Bedoelde gewichtsdeling tot 0,5 kg/week wordt als veilig gezien. Gewichtsbeheersing is al winst als stijging verwacht kan worden. Is gewichtsdeling het doel: energiebehoefte verminderen met 250 tot maximaal 600 Kcal/dag tot minimaal 1500 Kcal/dag volgens een conventioneel energiebeperkt dieet. Is gewichtsbeheersing het doel: advies volgens berekende energiebehoefte en nauwgezet evalueren en bijstellen.
- Voedingsinname berekenen en beoordelen aan de hand van de voedingsanamnese.
- Rekening houden met en de revalidant adviseren over lichamelijke problemen die de voedselinname beïnvloeden (zie items Lastmeter).
- Diëtistische diagnose opstellen (individuele dieetbehandeling: volgens methode diëtetisch handelen, gebaseerd op ICF-diëtetiek uitgaande van het gezondheidsprobleem, anatomie (stoornissen), activiteiten (beperkingen) en participatie, rekening houdend met persoonlijke en externe factoren, samengevat de diëtistische diagnose. Hieruit volgen behandeldoelen, behandelplan en evaluatie).
- SMART-doelen opstellen [5] die mogelijk te realiseren zijn tijdens de revalidatieperiode en eventueel ook voor daarna.
- Behandelplan opstellen in overleg met de revalidant en adviseren over de praktische uitvoering hiervan aan revalidant en zorg.
- Informeren over voeding en beantwoorden van vragen. Oncologiepatiënten krijgen veel tips over voeding bij kanker die mogelijk niet altijd juist zijn. De diëtist kan hierover advies geven.
- Waar nodig revalidant motiveren tot het aangaan van de nodige veranderingen.

[5] Voorbeelden van SMART-doelen zijn:

- Stoppen/voorkomen van onbedoelde gewichtstoename of -afname > 5% gedurende de behandeling.
- Handhaven/optimaliseren van lichaamssamenstelling (>spiermassa, <vetmassa, meetbaar maken).
- Eiwit-inname 100% van berekende behoefte voor behoud spiermassa/spieropbouw en herstelfuncties na afronding van de behandeling.
- Energie-inname 100% volgens berekende behoefte passend bij behandelgoal gewichtsbehoud of – toename, -afname.
- Verbeteren BMI (met een x-aantal punten)/binnen gezonde range of bedoelde gewichtstoename, -afname van 5%.
- Klachtenscores zijn met 2 punten verminderd.
- Veilige orale intake (bij slikproblemen).

Integraal Kankercentrum
Nederland
info@iknl.nl
www.iknl.nl

