

Kennis uit onderzoek voor het eerst vastgelegd in richtlijn

Revalidatie na kanker heeft zin

drs. Brigitte Gijsen,
programmacoördinator Herstel
na kanker, Integraal Kanker-
centrum Nederland, coördinator
stichting Herstel & Balans

dr. Miranda Velthuis,
dr. Marjolein van der Pol,
procesbegeleiders richtlijn
Oncologische revalidatie,
adviseurs, Integraal Kanker-
centrum Nederland (IKNL)

dr. Jan Paul van den Berg,
revalidatiearts Meander MC,
consulent oncologische
revalidatie IKNL

Correspondentieadres:
b.gijsen@ikl.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Frank Muller, HH

De eerste bewijzen zijn er: revalidatie kan kankerpatiënten helpen hun (rest)klachten te boven te komen en hun levenskwaliteit te verbeteren.

Toch is revalideren bij kanker niet vanzelfsprekend. Een nieuwe multidisciplinaire richtlijn slaat de brug tussen oncologie en revalidatiezorg.

Het optimisme over de successen van kankerbehandelingen is terecht. Toch zijn er ook kanttekeningen te maken nu geleidelijk aan blijkt dat de kwaliteit van leven van overlevenden van kanker beduidend lager is dan verwacht en gehoopt. Het is aannemelijk dat mensen die kanker overleven driemaal vaker een slechtere gezondheidstoestand en tweemaal vaker psychologische problemen hebben dan leeftijdgenoten.¹ Vermoeidheid blijkt bij ruim de helft van de patiënten met kanker aanwezig te zijn, al dan niet in combinatie met depressie.² Depressie komt voor bij 30 tot 50 procent van de patiënten die kanker overleven.^{3, 4}

In Nederland waren in 2005 22.000 mensen niet in staat om te werken door de gevolgen van (de behandeling van) kanker.⁵ Daarbij nemen het aantal patiënten met palliatieve ziekte en de duur van de palliatieve fase toe door betere behandel-

mogelijkheden. Bij deze patiënten komen pijn, vermoeidheid, zwakte, noodzaak tot rusten en slaapproblemen veel voor, terwijl als belangrijkste symptomen genoemd worden: pijn, energiegebrek, zwakte en verminderde

eeftlust.⁶⁻¹¹ Zo'n 4 procent van de Nederlandse bevolking moet leven met kanker en de gevolgen ervan.¹²

Weinig benut

Patiënten en ook medici en zorgverleners accepteren de klachten na kanker nog wel eens als bij de ziekte horende. Vaak ligt bij hen de primaire focus op een optimaal resultaat van de kankerbehandelingen en is er minder aandacht voor de gevolgen ervan en de kwaliteit van leven erna. Terwijl een mogelijke remedie in de vorm van revalidatie voorhanden is, wordt hiervan relatief weinig gebruikgemaakt.

Oncologische revalidatie is in Nederland eind jaren negentig ontwikkeld door de integrale kankercentra in de vorm van het revalidatieprogramma Herstel & Balans.¹³ Bij gebrek aan evidentie destijds is de revalidatie practice-based opgezet naar voorbeeld van de hartrevalidatie en revalidatie bij chronische rugpijn. Het programma omvat een fysieke training twee keer per week en psycho-educatie eenmaal per week, gedurende twaalf weken. Met een gemiddeld rapportcijfer van 8,9 is de patiëntensatisfactie hoog bij deze revalidatie.

Inmiddels is het programma breed beschikbaar in Nederland, op meer dan zestig locaties, en gekoppeld aan een kwaliteitssysteem met licenties en webbased monitoring van de resultaten.

De primaire focus ligt op het behandelresultaat



Fitter en stabiel

Een casus: Een vrouw van 47 jaar, gehuwd en twee kinderen, is werkzaam in een administratieve functie. Zij is bekend met hemicolectomie bij adenocarcinoom caecum; er is geen chemotherapie of bestraling gegeven. De patiënte wordt verwezen naar revalidatie wegens ernstige vermoeidheid en emotionele labiliteit. Voor de diagnose was zij dagelijks actief, ze fietste 20 km per dag.

De internist constateert klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied en verwijst naar de revalidatiearts. Die constateert bij aanvullende signalering geen depressie, wel hoge score op VAS vermoeidheid en patiëntspecifieke klachtenschaal. Dit geeft indicatie voor individuele oncologische revalidatie. Hierbij wordt fysiotherapie ingezet voor het verbeteren van de fysieke belastbaarheid en afname van vermoeidheid. Ergotherapie wordt gericht op goede energieverdeling over de dag en week. De psycholoog geeft begeleiding bij ziekteverwerking via adequate copingstijl en inventarisatie van stresserende factoren. Dit resulteert na drie maanden in verbeterde fysieke belastbaarheid waardoor de vrouw weer 15 km kan fietsen en een uur wandelen. De vermoeidheidsklachten zijn afgenomen, ze verdeelt de energie goed over de dag en kan het huishouden weer doen. Mentaal is zij stabiel: ze geeft emoties de ruimte, communiceert goed met de omgeving, stelt grenzen, hanteert adequate copingstijlen. De vrouw start op therapeutische basis weer met werken.

Ook in België is het programma geadopteerd en de Nederlandse aanpak wordt gezien als een goed voorbeeld in Noordwest-Europa.¹⁴ Voor de oncologische revalidatie heeft het Integraal Kankercentrum Nederland de samenwerking met Revalidatie Nederland en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties georganiseerd in de stichting Herstel & Balans. De stichting heeft financiering geregeld via de aanvullende verzekeringen en via het College voor zorgverzekeringen, dat oncologische revalidatie sinds 2010 erkent als te financieren prestatie via de basisverzekering.¹⁵ Jaarlijks revalideren ruim 2500 patiënten met Herstel & Balans, terwijl een kwart van de patiënten aangeeft behoefte te hebben aan revalidatie.¹⁶

Evidentie gebundeld

Bij de brede verspreiding van oncologische revalidatie in Nederland ontbrak nog een actuele samenvatting van de evidentie ervoor. Met Nederland als een van de voorlopers eind jaren negentig zijn de afgelopen jaren de wetenschappelijke inzichten in oncologische revalidatie internationaal aanzienlijk uitge-

Tien vragen over de richtlijn Oncologische revalidatie

1 **Waarom is er een nieuwe richtlijn?**

Er zijn de afgelopen jaren veel wetenschappelijke studies verschenen over de effectiviteit van oncologische revalidatie. Deze informatie was nog niet systematisch geanalyseerd en ontsloten in de vorm van een richtlijn met aanbevelingen voor de praktijk.

2 **Welke beroepsverenigingen hebben de richtlijn samengesteld?**

Medisch oncologen, radiotherapeuten, chirurgen, revalidatieartsen, sportartsen, arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen en ergotherapeuten, met internist prof. dr. H. Hillen als voorzitter.

3 **Zijn de patiënten vertegenwoordigd?**

Twee afgevaardigden van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties maakten deel uit van de richtlijnwerkgroep. En in een werkconferentie met zo'n twintig patiënten is hun perspectief geïnventariseerd.

4 **Voor welke beroepsgroepen is de richtlijn mede relevant?**

Alle verwijzers naar en uitvoerders van oncologische revalidatie. Verwijzers zijn onder meer medisch specialisten, verpleegkundigen, huisartsen en arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen. Uitvoerders van oncologische revalidatie zijn onder meer revalidatieartsen, sportartsen, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten en diëtisten.

5 **Over welke patiënten gaat de richtlijn?**

Patiënten die kanker hebben (gehad) en kampen met (rest)klachten op fysiek, psychisch en/of sociaal gebied door de kanker(behandelingen). Patiënten kunnen revalideren tijdens alle ziektefasen.

6 **Wat is er nieuw aan de anamnese?**

Nieuw is de systematische klachtensignalering als anamnese bij elke patiënt in de oncologie. Bij indicatie voor oncologische revalidatie volgt verwijzing naar een intake met anamnese door of onder supervisie van een medisch specialist met expertise in oncologische revalidatie.

7 **Wat is er nieuw aan de diagnostiek?**

Elke verwezen patiënt en de medisch specialist stellen tijdens de intake aan de hand van een beslisboom uit de richtlijn een revalidatieprogramma op maat samen. In de intake vindt aanvullende diagnostiek plaats, soms maximale inspanningsdiagnostiek.

8 **Wat is er nieuw aan de verwijzing?**

Nieuw is dat medisch specialisten, verpleegkundigen, huisartsen en arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen elke patiënt op systematische wijze indiceren en zo nodig verwijzen. Specifieke instrumenten uit de richtlijn ondersteunen het proces van signalering en verwijzing naar oncologische revalidatie.

9 **Wat is er nieuw aan de behandeling?**

De oncologische revalidatie is uitgebreid van het huidige Herstel & Balans – fysieke training in combinatie met psycho-educatie na afloop van kankerbehandeling – naar revalidatie in alle fasen van het oncologisch ziekte-traject, dus ook tijdens de curatieve behandeling en in de palliatieve fase. Het aanbod aan modules en het zorg-op-maatprincipe is verder doorgevoerd.

10 **Wat is er nieuw aan de follow-up en nazorg?**

Dit is de eerste richtlijn die de evidentie over oncologische nazorg in de vorm van revalidatie samenvat en ontsluit. Het geeft verwijzers en uitvoerders concrete handvatten voor hun dagelijkse praktijk.

breid.¹⁷⁻²⁵ De nieuwe inzichten heeft het Integraal Kankercentrum Nederland samengevat in de eerste evidence-based richtlijn 'Oncologische revalidatie'.²⁶ De richtlijn moet ertoe leiden dat elke patiënt met klachten door kanker en behandeling tijdig en op maat oncologische revalidatie aangeboden krijgt. Dat is een aanzienlijke verandering ten opzichte van de huidige praktijk. Hoe ziet dit er dan uit? Kanker brengt langdurige bijwerkingen en late effecten met zich mee die extra aandacht vragen. Systematische signalering van restklachten zou dan ook routine moeten zijn in de spreekkamers. Deze signalering is de aangewezen taak voor de oncologisch specialist of gespecialiseerde verpleegkundige. In navolging van de Gezondheidsraad wijst de richtlijn 'Herstel na kanker' ook al op het belang van standaardsignalering en behandeling van restklachten.^{27 28} Hiervoor kan het Nazorgplan uit die richtlijn in de spreekkamer voor de patiënt op maat gemaakt worden. De richtlijnen voor oncologische revalidatie en detectie van psychosociale zorgbehoeften geven instrumenten voor de klachtensignalering.^{26 29}

Indicaties

Uit de signalering volgen de indicaties voor oncologische revalidatie. Dit zijn onder andere verminderde fysieke belastbaarheid, verminderde kracht en conditie, vermoeidheidsklachten, psychische problemen zoals

Systematische signalering van restklachten zou routine moeten zijn

angst en depressie, en verstoring van het sociaal functioneren in werk, relaties en gezin. Klachten die na curatieve kankerbehandeling veel voorkomen, zijn vermoeidheid, depressie en angst en chronische klachten. Voor de reductie van deze klachten is oncologische revalidatie met een fysieke training (aerobe training, weerstandstraining) in te zetten.²⁶ Voor chronische vermoeidheid die langer dan een jaar na kankerbehandeling bestaat, is cognitieve gedragstherapie aangewezen. Ook arbeids-

SAMENVATTING

- Revalidatie kan patiënten helpen hun (rest)klachten van kanker(behandeling) te boven te komen, en hun dagelijks functioneren en levenskwaliteit wezenlijk te verbeteren.
- Oncologische revalidatie is breed beschikbaar in Nederland, maar wordt nog weinig benut.
- Een nieuwe multidisciplinaire richtlijn geeft evidence-based aanbevelingen voor revalidatie, tijdens en na curatieve of palliatieve kankerbehandeling.
- Aanbevolen is systematische klachtensignalering en revalidatie naar indicatie voor elke patiënt met kanker.

re-integratie kan een relevant onderdeel van de revalidatie zijn.

Tijdens kankerbehandeling kan de patiënt met fysiotherapie de conditie op peil houden. Voor patiënten blijkt fysieke training tijdens chemotherapie haalbaar en positief. In de palliatieve

Revalidatie volgens de richtlijn vergt uitbreiding van het huidige aanbod

fase doen zich zeer diverse klachten voor, zodat specifiek afgestemde revalidatie aangewezen is. De multidisciplinaire revalidatie bestaat dan bijvoorbeeld uit fysiotherapie, ergotherapie en psychologische hulp.

Empowerment


Oncologische revalidatie wordt poliklinisch aangeboden, individueel en groepsgewijs. Groepsrevalidatie heeft het voordeel van lotgenotencontact. Niet alle patiënten behoeven oncologische revalidatie; bij enkelvoudige fysieke of psychosociale problematiek volstaat monodisciplinaire zorg van bijvoorbeeld fysiotherapeut of psycholoog. Bij complexe problematiek, zoals neurologische uitval bij metastasen of amputatie, is revalidatiegeneeskunde aangewezen. In bijzondere gevallen worden patiënten kortdurend klinisch opgeno-

men in een revalidatiecentrum, bijvoorbeeld bij dwarslaesie door wervelmetastase of neurologische problematiek bij een hersentumor.

Voor de toewijzing aan revalidatie en bepaling van de behandeldoelen is een intake door of onder supervisie van een medisch specialist met expertise op het gebied van oncologische revalidatie aangewezen (bijvoorbeeld een revalidatiearts). Bij de revalidatie hoort ook het monitoren en evalueren van klachtenpatronen en revalidatieresultaten van patiënten. Aandacht voor patiëntempowerment bevordert de uitkomsten van de oncologische revalidatiezorg.

Brug slaan

De nieuwe Nederlandse richtlijn 'Oncologische revalidatie' is de eerste in zijn soort en internationaal bijzonder vanwege de multidisciplinaire scope. Op dit moment is de waarde – zowel individueel als maatschappelijk – van revalidatie bij restklachten van kankerpatiënten nog onderbelicht. En terwijl de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen het hoofdeigenaarschap van de richtlijn op zich heeft genomen, is voor de revalidatieartsen hun rol in de oncologie nog niet vanzelfsprekend.

De richtlijn impliceert dan ook een aanzienlijke verandering in de huidige praktijk van de oncologie en de revalidatiezorg. Revalidatie volgens de richtlijn vergt uitbreiding van het huidige aanbod naar modulaire revalidatiezorg op maat, tijdens en na curatieve en palliatieve behandeling. Verder onderzoek naar interventies moet meer evidentie brengen. Nieuwe ketenzorg is nodig om de brug te slaan tussen oncologie en revalidatiezorg. Hierover gaan professionals op 24 mei in gesprek tijdens een uitzending van Mctv en OncologieTV (zie kader). 

Mctv over revalidatie na kanker

Op woensdag 24 mei om 20.30 uur is de Mctv-uitzending over de richtlijn Oncologische revalidatie. Vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen discussiëren over de richtlijn en de verandering in de praktijk.

Zowel de uitzending als de bijbehorende e-learning zijn geaccrediteerd.

Voor meer informatie over de Mctv-uitzending zie www.medischcontact.nl en www.oncologietv.nl. De richtlijn vindt u via www.oncoline.nl.

mctv
nascholing



Voetnoten en nuttige links naar onder meer het dossier Kanker vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. Hewitt M, Rowland JH, Yancik R. Cancer Survivors in the United States: age, health and disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(1): 82-91.
2. Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S, et al. Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. *Journal of Pain & Symptom Management* 2008; 35(6): 644-55.
3. Parker PA, Baile WF, De Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology* 2003; 12(2): 183-93.
4. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal* 2005; 330(7493): 702-5.
5. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel). Zorg- en Maatschappelijke situatie van mensen met kanker in Nederland, 2005.
6. Puts MT, Versloot J, Muller MJ, Van Dam FS. The opinion on care of patients with cancer undergoing palliative treatment in day care. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 27(4): 277-80.
7. Bradley N, Davis L, Chow E. Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30(2): 123-31.
8. Van den Beuken-Van Everdingen MH, De Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, Van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007; 18(9): 1437-49.
9. Solano JP, Gomes B, Higginson I, Higginson IJ. A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 31(1): 58-69.
10. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, De Haes HC, Voest EE, De Graeff A. Symptom Prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007b; 34(1):94-104.
11. Beuken-Van Everdingen MH van den, Rijke JM de, Kessels AG, Schouten HC, Van Kleef M, Patijn J. Quality of life and non-pain symptoms in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(2): 216-33.
12. Integraal Kankercentrum Nederland, 2011. Gegevens Nederlandse Kankerregistratie; www.iknl.nl.
13. Gijzen BCM, Hellendoorn-van Vreeswijk AJH, Koppejan-Rensenbrink AG, Remie ME. Kanker en revalidatie. *Herstel & Balans, een innovatief programma*. Utrecht: Stichting Herstel & Balans, 2005.
14. Hellbom M, Bergelt C, Bergenmar M, Gijzen B, Havard Loge J, Rautalathi M, Smaradottir A, Johansen C. Cancer rehabilitation: a Nordic and European perspective. *Acta Oncologica*, 2011; 50: 179-86.
15. College voor zorgverzekeringen (CVZ). Standpunt Oncologische Revalidatie. Diemen, 2008.
16. Noort O van, Dam-de Meij K van, Dam N, Van Harten WH. Revalidatie en oncologie, need assessment. Roessingh Research and development, Integraal Kankercentrum Stedendriehoek Twente. Enschede, 1996.
17. Korstjens I, May AM, van Weert E, Mesters I, Tan F, Ros WJ, Hoekstra-Weebers JE, et al.: Quality of life after self-management cancer rehabilitation: a randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training. *Psychosom Med* 2008; 70: 422-9.
18. May AM, van Weert E, Korstjens I, Hoekstra-Weebers JE, van der Schans C, Zonderland ML, et al.: Improved physical fitness of cancer survivors: A randomised controlled trial comparing physical training with physical and cognitive-behavioural training. *Acta Oncologica* 2008; 47(5): 825-34.
19. May AM, Korstjens I, van Weert E, van den Borne B, Hoekstra-Weebers JE, van der Schans C, et al.: Long-term effects on cancer survivors' quality of life of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioral therapy: results from a randomized trial. *Support Care Cancer* 2009; 17(6): 653-63.
20. Knols R, Aaronson NK, Uebelhart D, Franssen J, Aufdemkampe G. Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled clinical trials. *J Clin Oncol* 2005; 23(16): 3830-42.
21. Watson T, Mock V. Exercise as an intervention for cancer-related fatigue. *Phys Ther* 2004; 84(8): 736-43.
22. Markes M, Brockow T, Resch KL. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD005001.
23. McNeely ML, Campbell KL, Rowe BH, Klassen TP, Mackey JR, Courneya KS. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2006; 175(1): 34-41.
24. Cramp F, Daniel J: Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2: CD006145.
25. Velthuis MJ, Agasi-Idenburg SC, Aufdemkampe G, Wittink HM: The Effect of Physical Exercise on Cancer related Fatigue during Cancer Treatment: a Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010; 22(3): 208-21.
26. Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Richtlijn Oncologische revalidatie. Utrecht, 2011. www.oncoline.nl.
27. Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Den Haag, 2007.
28. Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Richtlijn Herstel na kanker. Utrecht, 2010. www.oncoline.nl.
29. Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Richtlijn Detecteren behoeften psychosociale zorg. Utrecht, 2010. www.oncoline.nl.

Extra webverwijzingen bij Gijsen:

- www.herstelenbalans.nl
- www.oncoline.nl
- MC-dossier Herstel na kanker: <http://medischcontact.artsennet.nl/Dossiers/Alle-dossiers-1/dossierkanker/Herstel-na-kanker.htm>