



Behandelkader Oncologische revalidatie

Inhoudsopgave

1.	Algemene inleiding	3
1.1	Doel en functie behandelkader	3
1.2	Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader	3
1.3	Datering en geldigheidsduur van het behandelkader	3
2.	Patiëntendoelgroep	4
2.1	Omschrijving doelgroep	4
2.2	Omschrijving subgroepen	5
2.3	Patiëntenperspectief en behandeldoelen	6
3.	Behandelaanbod	8
4.	Indicatoren	9
5.	Kwaliteitscriteria	10
5.2	Faciliteiten	11
5.3	Netwerk	11
6.	Referenties	12

1. Algemene inleiding

1.1 Doel en functie behandelkader

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

- het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's;
- transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet onder revalidatiegeneeskunde valt dan wel kan worden verwacht;
- het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende revalidatiepraktijken teneinde praktijkvariatie inzichtelijk te maken;
- het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat, waar en op welk niveau).

1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader

Voor het ontwikkelen van het behandelkader Oncologische revalidatie is in 2013 een commissie ingesteld door de Werkgroep Oncologische Revalidatie (WOR). De commissie bestond uit de volgende personen:

- Dr. J.P. van den Berg, revalidatiearts, Antoni van Leeuwenhoek/ Reade Amsterdam
- Drs. S. Heemskerk, revalidatiearts, Sophia Revalidatie Delft
- Drs.W. Polomski, revalidatiearts, Spaarneziekenhuis/ Hoofddorp/ Heliomare
- Drs. B. v.d. Weg, revalidatiearts St.Revant RC De Lindenhof Goes
- Dr. E. Hoefman, algemeen arts, St.Revant Breda

De commissie werkte van december 2013 tot medio november 2014 aan de totstandkoming van het concept behandelkader. Het concept behandelkader is voor commentaar voorgelegd aan de Commissie Kwaliteit. Het advies van de Commissie Kwaliteit is aan het Bestuur voorgelegd. De werkgroep heeft n.a.v. de reactie van het bestuur het concept aangepast. Het concept behandelkader is voor autorisatie voorgelegd aan de leden tijdens een ALV. Na autorisatie is het behandelkader gepubliceerd op de website van de VRA.

1.3 Datering en geldigheidsduur van het behandelkader

Het behandelkader is op 1 april 2015 geautoriseerd door de leden van de VRA. De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit van dit behandelkader.

Uiterlijk 2019 bepaalt het bestuur van de WOR of het behandelkader nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van het behandelkader komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

2. Patiëntendoelgroep

2.1 Omschrijving doelgroep

De doelgroep van oncologische revalidatie betreft volwassen patiënten met kanker, met meervoudige en complexe problemen:

- tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker;
- na afronding van de in opzet curatieve behandeling van kanker en;
- tijdens de palliatieve fase van kanker, d.w.z. de ziektegerichte en symptoomgerichte palliatieve fase en niet de terminale fase.

Oncologische revalidatie conform de richtlijn is multidisciplinaire revalidatie. Het gaat hier met name om de poliklinische revalidatiegeneeskundige behandeling.

De doelgroep betreft patiënten met problematiek en (dreigende) beperkingen in meerdere domeinen van de ICF, waarvoor een multidisciplinaire aanpak wenselijk is.

Omvang doelgroep

Kanker is een veelvoorkomende ziekte. In 2011 werden in Nederland 100.600 mensen gediagnosticeerd met kanker. Per jaar stijgt het aantal nieuwe kankerpatiënten met ongeveer 3%. Naar verwachting zet deze groei de komende decennia nog door. Het aantal mensen dat leeft met kanker en/of de fysieke, psychische en sociale gevolgen, was ruim 600.000 in 2011, circa 3.5% van de Nederlandse bevolking (bron: NKR, www.cijfersoverkanker.nl).

Mate waarin de doelgroep wordt bereikt

Uit de literatuur blijkt dat ongeveer 26% van alle patiënten met kanker professionele hulp wilde ontvangen, waarbij de zorgvraag grotendeels bepaald werd door de ervaren kwaliteit van leven en de mate van sociale steun. De vraag naar professionele hulp concentreert zich op de rol van prestaties, cognitie, besturing, familierelaties, psychologische en somatische aspecten. Uit de focusgroep discussies en interviews blijkt dat patiënten met kanker een revalidatieprogramma wilden ontvangen, gericht op het verminderen van vermoeidheid, versterken van belastbaarheid, omgaan met sociale aspecten, voedingskundige aspecten en het vinden van een nieuwe levensinvulling. De kwaliteit van leven bleek relatief hoog te zijn bij de onderzochte groep (borst- en darmkankerpatiënten) en slechts 26% van de patiënten na kanker werd gewezen op de noodzaak van revalidatie (van Harten, 1998).

Voor het bereiken van de doelgroep wordt een proactieve houding van de revalidatiearts en het behandelteam gevraagd richting primaire behandelaar in de oncologiesetting, waarbij aangegeven zal moeten worden wat de indicatie is voor verwijzing naar medisch-specialistische oncologische revalidatiezorg.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Steeds meer patiënten overleven kanker, maar houden klachten die hen hinderen in het dagelijks functioneren en een negatieve invloed hebben op hun kwaliteit van leven. Het aantal mensen dat in Nederland de diagnose kanker krijgt, groeit nog steeds. Als gevolg van de verbeterde diagnostiek en behandeling verbeteren de overlevingskansen en neemt het aantal mensen dat leeft met kanker of de gevolgen daarvan, toe van 366.000 in 2000 tot 692.000 in 2015 (4% van de Nederlandse bevolking). Eén op de drie mensen die behandeld zijn voor kanker ervaart jaren na afloop van de behandeling nog steeds ernstige vermoeidheidsklachten, die kunnen leiden tot een lagere kwaliteit van leven, verminderd functioneren in het dagelijkse leven en een verminderde participatie op de arbeidsmarkt. Oncologische revalidatie kan een groot deel van de (ex-)patiënten met kanker helpen om de gevolgen van kanker te boven te komen en om hun kwaliteit van leven en maatschappelijk- en arbeidsparticipatie te verbeteren.

Het Zorginstituut Nederland (was College voor Zorgverzekeringen (CVZ)) heeft oncologische revalidatie sinds 2010 erkend als te financieren prestatie via de basisverzekering. Er is bij de zorgverzekeraar aandacht gekomen om naar het stuk nazorg te kijken. Deze nazorg kan bijdragen aan een verlengde overlevingskans en behouden van de participatiemaatschappij; ook oudere mensen zouden aanspraak moeten kunnen maken op oncologische revalidatiezorg. Vanuit de maatschappij is er de noodzaak om weer terug te keren in (werk)functie. In Nederland waren in 2005 22.000 mensen niet in staat om te werken door de gevolgen van (de behandeling van) kanker (NVAB, 2009).

Oncologische revalidatie is een te verzekeren prestatie binnen de basiszorg. Zij voorziet in een duidelijke behoefte bij een belangrijke doelgroep. Dit moge blijken uit de resultaten voortkomend uit de online monitor, betreffende het landelijk pilot implementatie project Oncologische revalidatie. Ongeveer 500 patiënten participeerden in revalidatieprogramma's op 6 locaties van revalidatiegeneeskundige afdelingen. Het grootste deel van de patiënten deed mee aan een programma na afloop van de primaire behandeling, 7% gedurende en slechts 4% in de palliatieve fase.

2.2 Omschrijving subgroepen

Niet alle patiënten met kanker behoeven gespecialiseerde nazorg zoals revalidatiezorg. De meeste nazorg bij kanker is zelfzorg (IKNL, 2011). Stratificatie naar zorgbehoefte en indicatie is van belang (stepped care) (zie figuur 1) (Danish Cancer Society, 2011). De meeste patiënten met kanker, zo'n 70%, blijken voor hun herstel goed toe te kunnen met basiszorg, en advies en begeleiding bij zelfmanagement. Een kleiner deel ($\pm 25\%$) heeft zorg of verwijzing naar gespecialiseerde mono- of multidisciplinaire zorg (bij enkelvoudige, dan wel meervoudige problematiek). Een gering deel van de patiënten met kanker ($\pm 5\%$) heeft complexe zorg (bijv. bij oncologische dwarslaesies, amputaties). Op basis van de kankerincidentie van 100.600 in 2011 gaat het dan naar schatting om 25.000 mensen met kanker die monodisciplinaire zorg of multidisciplinaire zorg zoals oncologische revalidatie behoeven en 5.000 patiënten die complexe zorg behoeven.



Figuur 1: Stratificatie van oncologische nazorg

(bron: <http://www.cancer.dk/NR/rdonlyres/1FBCCFCE-6F53-4352-BF17-C0B112F23262/0/StrategicpresentationoncancerrehabilitationTheDanishCancerSociety.pdf>)

Naast deze multidisciplinaire oncologische revalidatie zijn ook relevant: de behandeling van enkelvoudige problematiek door een monodisciplinaire zorgverlener en de behandeling van complexe problematiek door de revalidatiegeneeskunde (bijvoorbeeld bij oncologische dwarslaesie). Deze vallen buiten het bestek van het behandelkader Oncologische revalidatie.

Revalidatieprogramma's

De richtlijn geeft onderbouwing en aanbevelingen voor oncologische revalidatie die kan plaatsvinden tijdens en na afloop van de in opzet curatieve behandeling en tijdens de palliatieve fase. Bij de revalidatie hoort ook het monitoren en evalueren van de oncologische revalidatie. Aandacht voor patiënt empowerment bevordert de uitkomsten van de oncologische revalidatiezorg.

Intake oncologische revalidatie

De oncologische revalidatie wordt voorafgegaan door een intake. Een intake is essentieel gezien de diversiteit van alle potentiële bijwerkingen/klachten bij kanker, de diversiteit in de persoonlijke situatie en mogelijkheden van de patiënt. Deze wordt afgenomen door of onder supervisie van een medisch specialist met expertise op het gebied van oncologische revalidatie. De intake oncologische revalidatie heeft tot doel om fysieke, psychische en sociale problematiek en de bijbehorende hulpvraag, doelen van de patiënt te vertalen naar een behandelvoorstel, met als uitgangspunt de toewijzing aan passende interventies binnen oncologische revalidatie.

Voor de verschillende revalidatieprogramma's in de verschillende fases van de ziekte kanker wordt verwezen naar de website van www.oncoline.nl en ook zullen op de VRA website de uitgewerkte modules oncologische revalidatie te vinden zijn.

2.3 Patiëntenperspectief en behandeldoelen

Bij de richtlijnontwikkeling waren 2 patiënten door de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten (NFK, tegenwoordig: Leven met Kanker) afgevaardigd; zij hebben vanuit het patiëntenperspectief hun inbreng gegeven, waarbij het versterken van 'patiënt empowerment' als belangrijk werd aangegeven.

De richtlijn Oncologische revalidatie beschrijft een aantal mogelijke hulpvragen en doelen voor de hierboven beschreven doelgroep. De focus van de hulpvragen verschilt per fase van het oncologisch diagnose- en behandeltraject en wordt ook vanuit patiëntenperspectief belicht.. Ook andere hulpvragen kunnen voor behandeling met Oncologische revalidatie in aanmerking komen. Uitgaande van de richtlijn en praktijkervaringen, kan dit behandelprogramma gericht zijn op onder andere de volgende doelen:

Doelen: revalidatie tijdens in opzet curatieve behandeling van kanker

- Optimaliseren, handhaven gewenste fysieke conditie en activiteitsniveau
- Preventie of verminderen van vermoeidheidsklachten
- Optimaliseren, handhaven gewenste voedingstoestand
- Zo optimaal mogelijk functioneren in het arbeidsproces
- Reductie angst, depressie

Doelen: revalidatie na in opzet curatieve behandeling van kanker

- Optimaliseren fysieke conditie en activiteitsniveau
- Leren omgaan met fysieke beperkingen
- Fysieke grenzen leren kennen en er mee leren omgaan
- Overwinnen angst voor inspanning/bewegen
- Stimuleren tot (volhouden) actieve leefstijl
- Optimaliseren/handhaven gewenste voedingstoestand
- Inzicht krijgen en grip krijgen op factoren die vermoeidheid in stand houden
- Functioneel omgaan met de beschikbare energie
- Nieuw emotioneel evenwicht bereiken
- Functioneel omgaan met ziekte
- Reductie angst, depressie
- Optimale hervatting van werk/huishoudelijke taken
- Optimale hervatting rol gezin/sociale relaties

- Optimale hervatting vrijetijdsbesteding
- Optimale hervatting van het arbeidsproces

Doelen: revalidatie tijdens (ziekte- en symptoomgerichte) palliatieve fase

- Handhaven, optimaliseren fysiek functioneren
- Handhaven, optimaliseren kwaliteit van leven
- Leren omgaan met fysieke beperkingen
- Optimaliseren, handhaven gewenste voedingstoestand
- Inzicht krijgen en grip krijgen op factoren die vermoeidheid in stand houden
- Functioneel omgaan met de beschikbare energie
- Reductie angst, depressie

Voor het patiëntenperspectief is het van belang dat het revalidatieprogramma met bijbehorende behandeldoelen op maat wordt samengesteld; dit gebeurt samen met de patiënt en op basis van de hulpvraag. Ook zullen aspecten van 'patiënt empowerment' aan bod moeten komen, zoals proefbijeenkoms, ervaringen vergelijkbare patiënten, positieve effecten benadrukken, betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en er zal speciale aandacht voor ouderen / kwetsbare groepen moeten zijn.

Uiteindelijke doelstelling is het optimaliseren van de kwaliteit van leven en functioneren, zowel fysiek als mentaal, terugkeer naar werk en behoud van autonomie.

Het kenmerk van de revalidatiegeneeskundige behandeling is een multidisciplinaire werkwijze, waarbinnen de hulpvraag van de patiënt het uitgangspunt niveau (SMART)geformuleerd moet worden, geënt op de hulpvragen van de patiënt en zijn systeem, welke periodiek geëvalueerd dienen te worden. Het individuele behandelplan wordt bepaald door de ervaringsdeskundigheid van de patiënt en de professionele deskundigheid van het revalidatieteam.

Het principe van Zorg op Maat staat centraal, waarbij het programma altijd in samenspraak en op basis van de hulpvraag en problematiek met de patiënt wordt opgesteld.

Voor het samenstellen van het optimale oncologische revalidatieprogramma, passend bij de doelen en voorkeuren van de patiënt, zijn de volgende vragen voor de intake van belang:

1. Is er een verstoring/bedreiging van het fysiek functioneren?
2. Is er een verstoring/bedreiging van het psychisch functioneren?
3. Is er een verstoring/bedreiging van het sociaal functioneren?
4. Is er sprake van risicodrag?

3. Behandelaanbod

De basisbehandelaars in de oncologie, zoals de behandelend arts en betrokken verpleegkundig(en) specialisten, zijn het eerste aanspreekpunt voor patiënten. Signalering van en verwijzing bij de mogelijk bestaande problematiek vindt idealiter plaats door de primaire behandelaar. De primaire behandelaar dient basale psychosociale zorg te verlenen aan de patiënt en/of adviezen te geven ten aanzien van beweging conform de Nederlandse norm voor gezond bewegen. De basale psychosociale zorg bestaat uit goede voorlichting, eerste opvang bij slecht nieuws, steun bij het omgaan tijdens het ziektraject en signalering van 'distress'.

Voor de meerderheid van de patiënten is deze basale psychosociale zorg, mits van goede kwaliteit, afdoende om zich met hun naasten adequaat aan de ziekte en de gevolgen daarvan aan te passen in de verschillende fasen van ziekte en/of herstel. Een aanzienlijk deel (25-30%) van alle patiënten ervaart echter tijdens de behandeling, in de controlefase of nadat het hele behandeltraject is afgesloten, zoveel 'distress' dat verwijzing naar een gespecialiseerde psychosociale en/of (para)medische hulpverlener nodig is (bron: <http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>).

Opbouw van de behandeling

Opbouw van oncologische nazorg berust op 4 pijlers:

1. (Guided) Selfmanagement, bijv. verpleegkundig bewegingsadvies zoals Oncomove
2. Monodisciplinaire behandeling van enkelvoudige problematiek
3. Multidisciplinaire Oncologische revalidatie conform de richtlijn bij meervoudige problematiek
4. Revalidatiegeneeskunde bij complexe problematiek

Behandelmodules

Op de website <http://www.oncoline.nl/oncologische-revalidatie> staan de behandelmodules beschreven, in de verschillende fasen van de ziekte kanker. Ook zullen op de VRA website de uitgewerkte modules oncologische revalidatie, met in- en exclusiecriteria, te vinden zijn.

Behandeldisciplines

Het oncologisch revalidatiebehandelteam dient minimaal te beschikken over revalidatiearts of een arts/verpleegkundige/PA die onder supervisie van een revalidatiearts werkt met expertise op het gebied van oncologische revalidatie, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog en diëtiste.

Het revalidatiebehandelteam dient op indicatie te kunnen beschikken over de expertise van seksuoloog, psychomotore therapeut, creatief therapeut, logopediste en geestelijk verzorger. Deze hulpverleners kunnen ook via een samenwerkingsverband in de keten aanwezig zijn.

Globale omschrijving van de informatieverstrekking aan de patiënt

Er is een algemene folder Oncologische revalidatie van het IKNL beschikbaar en per instelling vaak een uitgebreide eigen folder, gericht op regionale behoeften en omschrijving van diverse behandelmodules.

4. Indicatoren

Bij het verschijnen van de richtlijn Oncologische revalidatie is een indicatorenset opgesteld (zie: <http://www.oncoline.nl/oncologische-revalidatie>).

Indicator 7a en 7b zijn gekozen voor oncologische revalidatie:

- a. Het percentage behandelde patiënten in oncologische revalidatie na afloop van de in opzet curatieve behandeling, waarbij vermoeidheid, gescoord op de Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI) met tenminste 2 punten is verbeterd na oncologische revalidatie (Meek, 2000)
- b. Het percentage behandelde patiënten in oncologische revalidatie na afloop van de in opzet curatieve behandeling, waarbij de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven gescoord op de EORTC QLQ-C30 sub schaal rolfunctioneren tenminste 10 punten is verbeterd na oncologische revalidatie (Osoba, 1998)

5. Kwaliteitscriteria

5.1. Deskundigheid

Deskundigheid en beschikbaarheid van professionals

De deskundigheid van de professionals in de 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 bij de oncologische revalidatie betrokken professionals (IKNL, 2012).

Bij de uitvoering van oncologische revalidatie kunnen verschillende deskundigen betrokken zijn (IKNL, 2012):

- Signalering en verwijzing: basisbehandelaar (medisch specialist / verpleegkundig(e) (specialist), huisarts en/of bedrijfsarts)
- Intake en evaluatie: (onder supervisie van) medisch specialist met expertise op het gebied van oncologische revalidatie
- Fysieke training: fysiotherapeuten in samenwerking met bewegingsagogen
- Informatiemodule: fysiotherapeuten, verpleegkundig(e) (specialisten), maatschappelijk werkers en psychologen
- Psycho-educatie: psychologen in samenwerking met maatschappelijk werkers, verpleegkundig(e) (specialisten)
- Psychosociale begeleiding: psychologen in samenwerking met maatschappelijk werkers
- Voeding en dieet: diëtisten
- Coaching en energieverdeling: ergotherapeuten en/of maatschappelijk werkers
- Arbeidsre-integratie: gespecialiseerde paramedici en arbeidsgeneeskundigen

De uitvoerend deskundigen

De uitvoerend deskundigen hebben:

- scholing gevolgd waarin zij kennis hebben opgedaan van revalidatie voor kankerpatiënten, pathologie, oncologie, trainingsleer, cognitieve en gedragsmatige principes; en
- hebben bij voorkeur kennis van en ervaring met multidisciplinaire (groeps-)behandelingen; en
- participeren in symposia en nascholing inzake oncologische revalidatie; en participeren in regionale en landelijke netwerken van oncologische zorg/revalidatie; en
- voldoen, indien beschikbaar, aan de door de beroepsvereniging* opgestelde kwaliteitscriteria voor uitvoering van oncologische revalidatie (* hier wordt bedoeld de KNGF en de NVPO).

Het KNGF, met de NVFL, en de NVPO dragen zorg voor specifieke criteria voor hun professionals in de oncologische revalidatie. Tevens zorgen zij voor openbare deskundigenbestanden.

De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines zijn op elkaar afgestemd en vastgelegd.

Om de expertise op de locatie op peil te houden, dienen per jaar 50 patiënten in behandeling genomen te worden voor oncologische revalidatie.

5.2 Faciliteiten

Bouwkundige voorzieningen

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

- Locatie met zalen voor groepsprogramma's/sportzaal, kleedruimtes en spreekkamers.
- Fysiotherapie: ruimte voor loopband, ergometer.
- Ergotherapie: voor cognitieve training is een prikkelarme ruimte vereist.
- Maatschappelijk werk, psychologie, diëtiste: test en gespreksruimtes

Hulpmiddelen

- Fietsergometer, sport- en spelmateriaal, fitnessapparatuur.

Andere voorzieningen die nodig zijn (in het netwerk)

- Mogelijkheid tot afname van maximale inspanningstest met ademgas analyse. Indicaties voor een maximale inspanningstest zijn vermeld in de richtlijn oncologische revalidatie.
- Externe leveranciers zoals orthopedisch instrumentmaker/ -schoenmaker.

5.3 Netwerk

Binnen het netwerk zijn regelmatig overleggen en scholingsmomenten met verwijzers. Aanbeveling verdient om plaats te nemen in de Oncologie Commissie van het aanpalende (STZ) Ziekenhuis. In de keten wordt contact gezocht met gespecialiseerde oncologie fysiotherapiepraktijken/ lymfoedeem therapeuten, IPSO (Instellingen voor psychosociale oncologie) en logopedie- en diëtistenpraktijken, zodat regionale afspraken kunnen worden vastgelegd.

Twee soorten netwerkvorming:

- 1) zorgaanbod (zorg op maat, patiënt op juiste plek)
- 2) Kennisdeling

Ad 1) Ketenzorgpartners voor oncologische revalidatiezorg op maat

Dit betreft zowel ketenzorgpartners verantwoordelijk voor a) de signalering van klachten en verwijzing naar oncologische revalidatie (medisch specialisten, (gespecialiseerd) verpleegkundig(en) (specialisten) en huisartsen) als b) uitvoering van oncologische revalidatie in het adherentiegebied. De verwijzers en aanbieders van oncologische revalidatie maken onderlinge afspraken over verwijzing van patiënten naar oncologische revalidatie. De aanbieders van oncologische revalidatie maken onderling afspraken over concentratie en spreiding van het revalidatieaanbod. Het 'Kwaliteitskader Oncologische Revalidatie' van IKNL en vastgesteld door de stichting Herstel & Balans is gebaseerd op de uitgangspunten van de richtlijn Oncologische revalidatie en is richtinggevend voor de invulling van het ketenzorgnetwerk.

Ad 2) Kennisnetwerken voor implementatie van aanbevelingen uit de richtlijn

De revalidatiecentra/afdelingen is verantwoordelijk voor kennisdeling vanuit de richtlijn onder collega zorgprofessionals in de lokale/regionale praktijk en is beschikbaar voor consultatie bij vragen in de praktijk.

6. Referenties

1. IKNL. Richtlijn oncologische revalidatie. 2011. <http://www.oncoline.nl/oncologische-revalidatie>
2. Van Harten WH, van Noort O, Warmerdam R, Hendricks H, Seidel E. Assessment of rehabilitation needs in cancer patients. *Int J Rehabil Res* 1998;21:247-57.
3. Beleidsnotitie stichting Herstel & Balans.
4. IKNL. Richtlijn Herstel na kanker. 2011.
5. Danish Cancer Society. National plan cancer rehabilitation and survivorship care. 2011.
6. Lunter SM, van der Pol MA, Van den Berg JP, Gijsen BCM, Velthuis MJ. Implementatie van de Richtlijn Oncologische Revalidatie lijkt haalbaar: een analyse van de zorgpraktijk Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde 2013.
7. Van der Pol, MA, Velthuis MJ, Gijsen BCM, Lindeman E, van der Pol MA, Hillen HFP. De Richtlijn Oncologische Revalidatie. *Modern Medicine* 2012.
8. Van den Berg JP, Velthuis MJ, Gijsen BCM, Lindeman E, van der Pol MA, Hillen HFP. De Richtlijn Oncologische Revalidatie Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2011.
9. Van der Pol MA, Gijsen BCM, Stuiver MM, Engelen Y, Velthuis MJ. Richtlijn oncologische revalidatie en de rol van de verpleegkundige. *Oncologica* 2011.
10. Gijsen BCM, Velthuis MJ, van der Pol MM, van den Berg JP. Kennis uit onderzoek voor het eerst vastgelegd in richtlijn. Revalidatie na kanker heeft zin. *Medisch Contact* 2011.
11. Van den Berg JP, Gijsen B, Hillen H, Velthuis M, van der Pol M. 'De richtlijn Oncologische Revalidatie'. *Kankerbreed* 2011.
12. NVAB. Blauwdruk kanker en werk. 2009.
13. CVZ. Standpunt oncologische revalidatie. 2009.
14. IKNL. Kwaliteitskader oncologische revalidatie. 2012.
15. Korstjens I, Mesters I, May AM, van Weert E, van den Hout JH, Ros W, Hoekstra-Weebers JE, van der Schans CP, van den Borne B. Effects of cancer rehabilitation on problem-solving, anxiety and depression: a RCT comparing physical and cognitive-behavioural training versus physical training. *Psychol Health*. 2011;26 Suppl 1:63-82.
16. van Weert E, May AM, Korstjens I, Post WJ, van der Schans CP, van den Borne B, Mesters I, Ros WJ, Hoekstra-Weebers JE. Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only and with no intervention. *Phys Ther*. 2010;90(10):1413-25. Erratum in: *Phys Ther*. 2010;90(12):1906.
17. May AM, Korstjens I, van Weert E, van den Borne B, Hoekstra-Weebers JE, van der Schans CP, Mesters I, Passchier J, Grobbee DE, Ros WJ. 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.
18. Korstjens I, May AM, van Weert E, Mesters I, Tan F, Ros WJ, Hoekstra-Weebers JE, van der Schans CP, van den Borne B. 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(4):422-9.
19. Velthuis MJ, Peeters PH, Gijsen BC, van den Berg JP, Koppejan-Rensenbrink RA, Vlaeyen JW, May AM. Role of fear of movement in cancer survivors participating in a rehabilitation program: a longitudinal cohort study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(2):332-8.
20. van Weert E, Hoekstra-Weebers J, Grol B, Otter R, Arendzen HJ, Postema K, Sanderman R, van der Schans C. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors: effectiveness on health-related quality of life. *J Psychosom Res*. 2005;58(6):485-96.
21. van Weert E, Hoekstra-Weebers JE, Grol BM, Otter R, Arendzen HJ, Postema K, van der Schans CP.

22. Physical functioning and quality of life after cancer rehabilitation. *Int J Rehabil Res.* 2004;27(1):27-35.
23. Meek PM, Nail LM, Barsevick A, Schwartz AL, Stephen S, Whitmer K et al. Psychometric testing of fatigue instruments for use with cancer patients. *Nurs Res* 2000; 49: 181-90.
24. Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J. Interpreting the significance of changes in health related quality-of-life scores. *J Clin Oncol* 1998; 16: 139-44.