

Richtlijn Oncologische revalidatie

J.P. van den Berg, B. Drentje

Het aantal mensen dat in Nederland de diagnose kanker krijgt, groeit nog steeds. Steeds meer mensen overleven kanker; ongeveer 52% van de oncologische patiëntenpopulatie heeft een overlevingskans van meer dan vijf jaar. En waarschijnlijk gaat dit in de toekomst alleen maar toenemen vanwege nieuwe behandelmogelijkheden, verbeterde vroegdiagnostiek en bevolkingsonderzoeken die plaatsvinden in Nederland.

Kanker en de hieraan gerelateerde behandelingen gaan vaak gepaard met restklachten, die uiteindelijk kunnen leiden tot een verminderde kwaliteit van leven op verschillende levensgebieden. De problemen kunnen zich op verschillende gebieden voordoen, zowel fysiek, sociaal, psychisch en spiritueel. Kankergerelateerde vermoeidheid is één van de grootste problemen die met name tijdens en na de behandeling optreedt en bij meer dan 50% van de oncologische patiënten voorkomt. Naast vermoeidheid zijn ook pijn, depressie en angst problemen die mensen kunnen ervaren tijdens of na de behandeling voor kanker. Deze en andere restverschijnselen na een oncologische behandeling geven een indicatie voor oncologische revalidatie.

DEFINITIE

Oncologische revalidatie wordt door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gedefinieerd als *'Zorg die gericht is op de functionele, fysieke, psychische en sociale problemen verbonden met kanker, inclusief nazorg en revalidatie. Het gaat daarbij om advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte(coping), herstel, het in stand houden en verbeteren van de conditie'*.

Oncologische revalidatie moet zich volgens CVZ richten op het gehele traject van diagnose, behandeling en nazorg voor alle patiënten. Dit betreft de periode tijdens of na afronding van de in opzet curatieve behandeling en tijdens de ziekte- en symptoomgerichte palliatieve fase. Tijdens de palliatieve fase verschuift de doelstelling naar het optimaliseren van de fysieke conditie en de kwaliteit van leven van patiënten, daarbij rekening houdend met alle vier dimensies binnen de palliatieve zorg: behalve fysiek, ook sociaal, psychische en spiritueel. CVZ geeft aan dat fysieke activiteiten (bewegen) tijdens alle fasen onderdeel moeten zijn van oncologische revalidatie.

RICHTLIJN ONCOLOGISCHE REVALIDATIE

Op initiatief van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) is een multidisciplinaire richtlijn 'Oncologische revalidatie' opgesteld (oktober 2011) met de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) als hoofdeigenaar. Deze richtlijn is te vinden op www.oncoline.nl.

De richtlijn beschrijft de revalidatiezorg van volwassen patiënten met kanker, zowel tijdens als na afloop van de curatieve behandeling of tijdens de palliatieve behandeling.

De richtlijn gaat in op:

1. Prevalentie van klachten ten gevolge van de kanker(behandeling)
2. Signalering van deze klachten en verwijzing
3. Het intakeproces voorafgaand aan oncologische revalidatie
4. Interventies en evaluaties binnen oncologische revalidatie
5. Het belang van patiënt empowerment (het proces van versterking van eigen krachten waardoor er grip komt op eigen situatie en omgeving)

De richtlijn is bestemd voor alle professionals die zorg verlenen aan patiënten met kanker. Dit zijn de verwijzers: zorgverleners betrokken bij het signaleren van klachten (medisch specialisten, huisartsen en oncologisch verpleegkundigen) en de uitvoerders: zorgverleners betrokken bij het aanbieden van een vorm van oncologische revalidatie (revalidatieartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen, diëtisten).

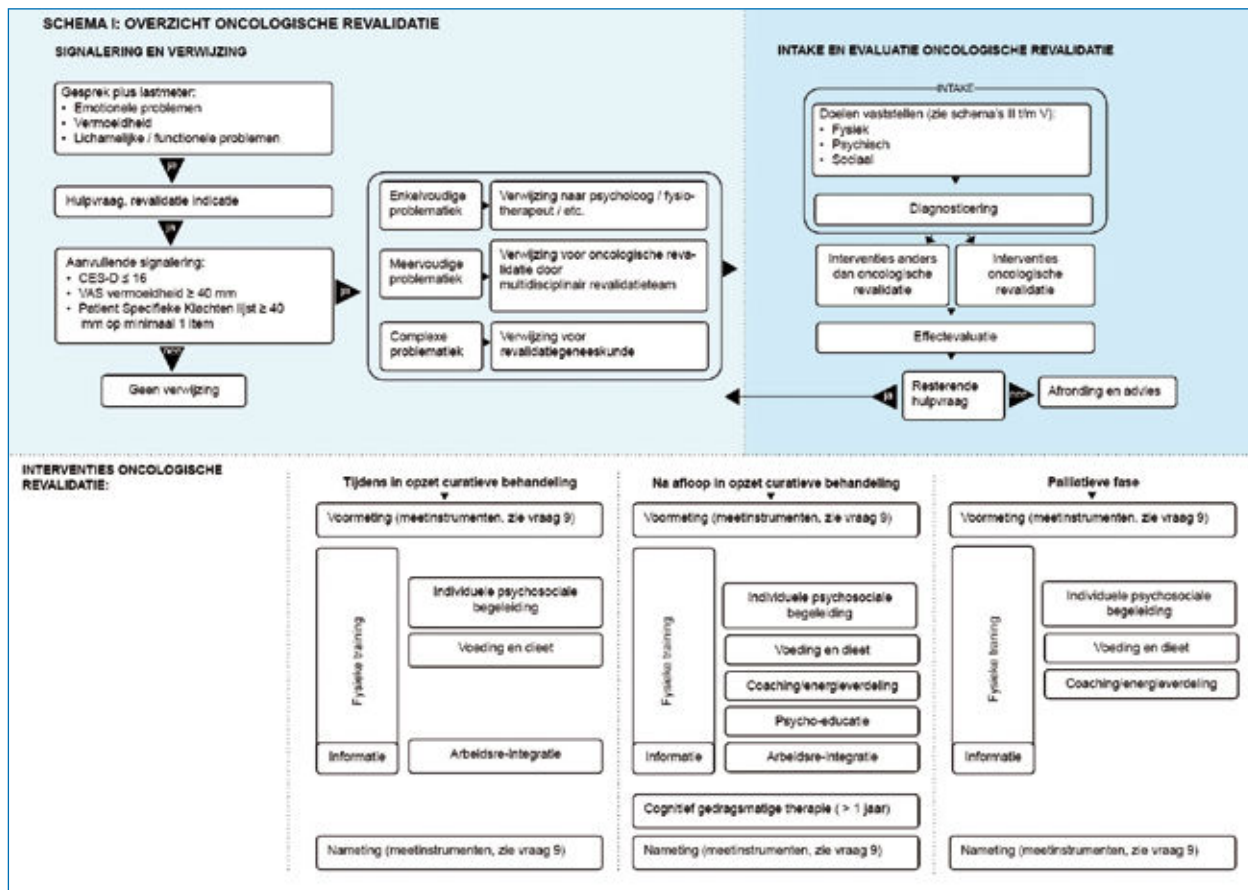
SIGNALEREN VAN KLACHTEN EN VERWIJZEN

Gezien het veelvuldig voorkomen van (rest)klachten en het negatieve effect hiervan op de kwaliteit van leven dient het systematisch signaleren van klachten routinematig te gebeuren in alle behandel- en herstelfasen bij kanker. Voor de medisch specialist, verpleegkundige en huisarts ligt hier een belangrijke taak. In het bijzonder in de nazorgfase bij kanker lijkt expliciet een rol weggelegd voor de eerste lijn. Het geadviseerde proces van signalering en verwijzing is weergegeven in schema 1.

Lastmeter

Als eerste stap in het signaleringsproces wordt de Lastmeter geadviseerd (www.lastmeter.nl). Dit

Dr. J.P. van den Berg, revalidatiearts, Meander Medisch Centrum, Amersfoort
Drs. B. Drentje, revalidatiearts, Rijndam revalidatiecentrum, Rotterdam-Dordrecht



Schema 1.

instrument, aanbevolen in de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg', meet last op lichamelijk, emotioneel, gezin/sociaal, praktisch en religieus/spiritueel gebied. De zorgverlener bespreekt de score op de thermometer alsook de probleemlijst met de patiënt. Bij patiënten met veel last (score ≥ 5) en een hulpvraag (discrepantie tussen het huidige en gewenste niveau van functioneren) kan de probleemlijst inzicht geven of er een mogelijke indicatie is voor oncologische revalidatie. Te denken valt aan lichamelijke problemen (zoals moeheid, conditie en spierkracht) en emotionele problemen (zoals angsten en neerslachtigheid).

Aanvullende signaleringsinstrumenten

Op indicatie dient de Lastmeter te worden uitgebreid met aanvullende screeningsinstrumenten:

- Visuele Analoge Schaal (VAS) voor kanker gerelateerde vermoeidheid
- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) voor emotionele problemen en depressieve klachten
- Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) voor het in kaart brengen van fysieke problemen

Het is belangrijk dat primair medisch behandelbare oorzaken van klachten door adequate diagnostiek zijn uitgesloten alvorens een patiënt te verwijzen voor professionele interventie(s).

Verwijzing

Eenvoudig advies (bijvoorbeeld fietsen of wandelen als beweegadvies) kan volstaan bij relatief milde problemen (scores op de Lastmeter en aanvullende instrumenten lager dan de afkapwaarden voor verwijzing), waarbij de verwachting van patiënt en zorgverlener is dat deze vanzelf zullen herstellen. Daarnaast kan er sprake zijn van enkelvoudige-, meervoudige- of complexe problematiek waarvoor verwijzing voor professionele interventie(s) geïndiceerd is:

- Bij enkelvoudige problematiek kan direct verwijzing voor monodisciplinaire behandeling conform de tumor specifieke richtlijnen volgen (bijvoorbeeld fysiotherapie bij beperkte schouderfunctie bij een patiënte met borstkanker).
- Bij meervoudige problematiek is er een hulpvraag op zowel het fysieke- als het psychosociale domein. Hier is sprake van als op minimaal twee van de drie schalen problematiek boven de afkapwaarden gevonden wordt. De patiënt dient dan verwezen te worden voor een intake oncologische revalidatie door de revalidatiearts.
- Bij complexe problematiek is sprake van een sterke interactie tussen problemen op fysiek en psychosociaal gebied en/of van zeer uitgebreide functiestoornissen waardoor interdisciplinaire behandeling door een revalidatiegeneeskundig team altijd noodzakelijk is (bijvoorbeeld verwijzing voor

revalidatiegeneeskundige behandeling en begeleiding bij amputatie na osteosaroom).

ZORG OP MAAT

De richtlijn Oncologische revalidatie heeft als belangrijkste doelen het ordenen, structureren en transparant maken van het behandel aanbod binnen de Keten Oncologische Revalidatie, zodat er een adequate verwijzing, overeenstemming over behandeling, samenwerking, en als belangrijkste uitkomst: **zorg op maat** geleverd kan worden. Laagdrempelige onderlinge communicatie en overdracht zijn hierbij wezenlijk.

In de Keten Oncologische Revalidatie hebben verschillende disciplines hun plaats, zoals medische, paramedische en psychosociale disciplines. Met sommige disciplines zijn nauwere samenwerkingsverbanden en andere zullen incidenteel ingeschakeld worden. Patiënten die behandeld zijn voor kanker ondervinden vaak problemen in hun terugkeer naar werk. In het revalidatieproces dient ook daaraan aandacht besteed te worden. Samenwerkingsverbanden met een bedrijfsarts en een re-integratiebureau zijn daarvoor onontbeerlijk.

IMPLEMENTATIE

Om implementatie van de aanbevelingen uit de richtlijn te effectueren is ketenzorg met gerichte procesafspraken nodig. Zowel tussen verwijzers en uitvoerders van oncologische revalidatie als tussen uitvoerders onderling voor afspraken over concentratie en spreiding van het revalidatieaanbod. Dit vergt aanpassingen van de huidige organisatie van zorg, in de oncologie en de revalidatiezorg.

Het implementatietraject zal in 2012 kleinschalig starten in zes deelnemende revalidatiecentra/revalidatieafdelingen van ziekenhuizen (Meander Medisch

Centrum te Amersfoort, UMCU-De Hoogstraat te Utrecht, Revant te Breda-Goes, UMCG te Groningen-Beatrixoord, Het Roessingh te Enschede, Rijndam revalidatiecentrum Rotterdam-Dordrecht). Tijdens en na afloop van het implementatieproject (2014) wordt de gehanteerde werkwijze landelijk uitgerold.

VRA WERKGROEP

In 2011 is de VRA werkgroep Oncologische Revalidatie opgericht. Inmiddels zijn er drie bijeenkomsten geweest. De werkgroep heeft op dit moment 17 leden met interesse/ervaring in de oncologische revalidatie en wordt voorgezeten door Jan-Paul van den Berg, met als secretaris Ben Drentje. De werkgroep wordt ondersteund door beleidsmedewerkers van het IKNL.

Doelstellingen van de werkgroep zijn:

1. Op de hoogte brengen en houden van onderwerpen betreffende de oncologische revalidatie, zowel op organisatorisch als op inhoudelijk terrein, alsmede op het wetenschappelijk terrein, bijvoorbeeld door structurele scholing.
2. Kwaliteitseisen opstellen en borgen in samenwerking met IKNL.
3. Instellen register revalidatieartsen, gespecialiseerd in de oncologische revalidatie.
4. Belangen behartiging van werkgroepleden op organisatorisch terrein.
5. Aanspreekpunt binnen de VRA betreffende de oncologische revalidatie.
6. Oncologische Revalidatie in Nederland volgens de richtlijn uitvoeren.

De werkgroep komt drie maal per jaar bijeen.

Correspondentie

Bendrentje@hotmail.com

janpvandenberg@lijbrandt.nl