

## Antwoorden kennistoets richtlijn oncologische revalidatie Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 1-2015

### 1. Welke klachten komen het meeste voor bij patiënten in de actieve behandelfase, in de palliatieve fase en als survivor?

Aanvankelijk heeft de richtlijn ook antwoord willen geven op de subvraag: 'Welke klachten komen voor tijdens de in opzet curatieve behandeling van patiënten met kanker?' Het bleek echter dat in deze fase de direct optredende klachten, bijwerkingen van de behandeling en klachten waarvoor oncologische revalidatie zinvol kan zijn teveel door elkaar heen kunnen lopen. Men besloot de vraag naar klachten te richten op de fase na curatieve behandeling en tijdens de palliatieve fase.

Langdurige en late effecten van de behandeling van kanker waarmee rekening gehouden moet worden zijn vooral: langdurige (vaak ernstige) vermoeidheid, depressie, angst en een algemeen slechtere lichamelijke gezondheid die tot uiting komt in verminderd fysiek functioneren en verlies van conditie. In de ziektegerichte palliatieve fase waren de meest voorkomende symptomen pijn, en een drietal energie gerelateerde symptomen: namelijk 'zwak voelen', 'vermoeidheid' en 'noodzaak tot rusten'. Voor de symptoomgerichte palliatieve fase geldt hetzelfde klachtpatroon.

### 2. Welk instrument wordt aangeraden voor oncologische patiënten bij screening/intake? En wat brengt dit instrument in kaart?

Deze richtlijn heeft de hartrevalidatie als voorbeeld genomen, zeker ook als het gaat om de intake. In een gesprek met de patiënt moet verhelderd worden of er sprake is van een verstoring van het inspanningsvermogen in relatie tot het gewenste functioneren. Als instrument hiertoe wordt de Lastmeter aangeraden. Kent u dit instrument? Het is afkomstig uit oncologie en is makkelijk op te zoeken: [www.lastmeter.nl](http://www.lastmeter.nl). Het brengt allerhande problemen, van praktische, sociale, emotionele, spirituele en lichamelijke aard in kaart. Om de lastmeter in te vullen moet u: 'ergens kanker hebben (gehad) en - opvallend genoeg - minimaal een antikankerbehandeling hebben gehad'.

Over het geheel aan mogelijke klachten wordt een thermometer van 0-10 ingevuld: van helemaal geen last tot extreem veel last. Dit lijkt lastig te doen als het om meerdere uiteenlopende problemen gaat. Maar onze achtergrond is dan ook een geriatrische en geen oncologische.

Indien er sprake blijkt van vermoeidheid, emotionele problemen en/of lichamelijke problemen dan geeft een stroomdiagram in deze richtlijn aanvullende instrumenten met daarbij de verschillende afkapwaarden (deze hoeft u niet te kennen want kunt u opzoeken). Afhankelijk van de gesignaleerde (enkelvoudige, meervoudige dan wel complexe) problematiek komt een passende verwijzing tot stand.

### 3. Wat is het hoogste niveau van evidentie waarop deze richtlijn is gestoeld?

Niveau 2. Dit komt neer op conclusies die gebaseerd zijn op matig bewijs (vaak slechts een enkele studie of meerdere cohortstudies/niet goed uitgevoerde RCTs). Dat laat zien dat we ons gezond verstand moeten blijven gebruiken omdat er (nog) niet een waarheid is. Aan de andere kant betreft het hier ook een onderwerp dat zich slecht leent voor de hiërarchie van *evidence based medicine*. Zo is het bijvoorbeeld heel lastig om voor verschillende revalidatieprogramma's te blinderen waardoor een klassieke RCT vaak onhaalbaar is.

**4. Met wat voor soort doelstellingen kunnen de verschillende revalidatieprogramma's worden ingezet? En, hoe verschillen de doelstellingen voor survivors van die van patiënten in de palliatieve fase?**

Deze richtlijn is gericht op interventies met in elk geval een bewegingscomponent. De voornaamste boodschap is dat er met patiënten met/na kanker in alle fases van de ziekte gesproken dient te worden over fysieke activiteit. Voor patiënten met/na in opzet curatieve behandeling valt te denken aan het optimaliseren/handhaven van de gewenste conditie en activiteitsniveau. Ook het voorkomen dan wel verminderen van vermoeidheidsklachten kan een doel op zich zijn. Voor de palliatieve fase wordt gesproken over het handhaven/optimaliseren van het fysiek functioneren en de hieraan gekoppelde kwaliteit van leven. Ook het leren omgaan met fysieke beperkingen (functioneel omgaan/coping) kan in deze fase een doel van oncologische revalidatie zijn.

**5. Zijn er in de richtlijn speciale op ouderen >65 gerichte aanbevelingen vastgelegd?**

De aandacht voor ouderen is minimaal. In het hoofdstuk over empowerment, dat vooral over de motivatie tot revalidatie gaat, wordt aanbevolen dat deze doelgroep bij de voorlichting er met name op gewezen dient te worden dat de revalidatiebehandeling voor hen ook effectief is en daarmee dus belangrijk kan zijn. Deze aanbeveling komt voort uit een niveau 2 bewijs dat het aannemelijk is dat de leeftijd van patiënten met kanker van invloed is op therapietrouw met fysieke training. Jongere patiënten hebben meer therapietrouw dan oudere. U zou zich kunnen voorstellen dat dit ook aan de interventie ligt die al dan niet aansluit bij de oudere doelgroep. Maar daar spreekt de richtlijn niet over.