

# Signaleren van klachten, inventariseren van zorgbehoeften en verwijzen

14 juni 2018

## Literatuurbespreking:

Tijdig signaleren van klachten, inventariseren van zorgbehoeften, verwijzen indien gewenst en daarmee voorkomen van klachten draagt bij aan herstel en optimale kwaliteit van leven van patiënten en heeft dus een grote maatschappelijke relevantie.

## Klachten na afronding van de in opzet curatieve behandeling

### Uitgangsvraag

Welke klachten komen voor na afronding van de in opzet curatieve behandeling?

### Aanbevelingen:

Veel patiënten kampen na een, in opzet, curatieve behandeling voor kanker met klachten. Deze klachten kunnen beperkt dan wel uitgebreid zijn, zowel van lichamelijke als psychische aard zijn en vroeg dan wel later optreden. Het gaat hierbij veelal om lichamelijke gevolgen die duidelijk verbonden zijn aan de specifieke aard van de kanker en van de behandeling (bijvoorbeeld darmstoma, lymfoedeem, vervroegde menopauze, blijvende diarree), psychosociale problemen (angst, depressie) en algemene klachten (vermoeidheid, pijn, distress) [Hewitt 2003, Boini 2004, Stanton 2006]. Gemiddeld genomen nemen de algemene klachten af in de loop van één tot twee jaar [Burgess 2005, Stommel 2004, Stanton 2006]. Bron: samenvatting literatuur: module 'Gevolgen en aanpak eerste jaar- Grote gevolgen' uit de richtlijn 'Herstel na kanker'

Het is aan te bevelen om bij de follow-up van patiënten, na de behandeling van kanker, bij anamnese en lichamelijk onderzoek extra aandacht te besteden aan de langdurige bijwerkingen en de late effecten van de behandeling van kanker, omdat deze effecten bij een groeiend aantal langdurige overlevers een nadelige invloed hebben op de kwaliteit van leven. 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. De werkgroep adviseert om de bevindingen over langdurige bijwerkingen en late effecten van de behandeling nauwkeurig in het medisch dossier te registreren. Bron: module 'Klachten na curatieve behandeling' uit de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'

### Literatuurbespreking:

Voor een volledige samenvatting van de literatuur verwijzen we naar de:

- ['Gevolgen en aanpak eerste jaar'](#) uit de richtlijn 'Herstel na Kanker'
- ['Klachten na afronding van de curatieve behandeling'](#) uit richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'.

### Conclusies:

Algemeen Veel patiënten hebben na een, in opzet, curatieve behandeling van kanker klachten: beperkt dan wel uitgebreid, lichamelijk en/of psychosociaal, vroeg of later optredend.

Niveau 4: D Gezondheidsraad 200722 Bron: module 'Gevolgen en aanpak eerste jaar-Grote gevolgen' uit de

richtlijn 'Herstel na kanker'

Gemiddeld genomen nemen algemene klachten af in de loop van één tot twee jaar.

Niveau 4: D Stanton 2006 Bron: module 'Gevolgen en aanpak eerste jaar-Grote gevolgen' uit de richtlijn 'Herstel na kanker'

**Gezondheidstoestand**

Overlevenden van kanker hebben vaker een slechte gezondheid en vaker psychologische problemen.

Niveau 2: B Hewitt 2003 Bron: module 'Gevolgen en aanpak eerste jaar-Grote gevolgen' uit de richtlijn 'Herstel na kanker'

Het is aannemelijk dat overlevers van kanker driemaal vaker een slechtere gezondheidstoestand hebben en tweemaal vaker psychologische problemen hebben dan leeftijdgenoten.

Niveau 2: A2 Hewitt 2003 Bron: module 'Klachten na curatieve behandeling' uit de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'

**Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven**

Lagere Health Related Quality of Life (HRQOL) komt bij kankerpatiënten, vooral in de domeinen lichamelijk functioneren, lichamelijk rol functioneren en algemene gezondheidsdimensies veel voor.

Niveau 2: A2 Boini 2004 Bron: module 'Gevolgen en aanpak eerste jaar-Grote gevolgen' uit de richtlijn 'Herstel na kanker'

**Vermoeidheid**

Vermoeidheid lijkt bij ruim de helft van de patiënten met kanker aanwezig te zijn, al dan niet in combinatie met depressie.

Niveau 3: B Kim 2008 Bron: module 'Klachten na curatieve behandeling' uit de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'

**Depressieve klachten**

Depressie lijkt bij 30-50% van de overlevers van kanker voor te komen.

Niveau 2: B Parker 2003, Burgess 2005 Bron: module 'Klachten na curatieve behandeling' uit de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'

### **Overwegingen:**

Voor een volledig overzicht van de overwegingen verwijzen we naar de:

- ['Gevolgen en aanpak eerste jaar'](#) uit de richtlijn ['Herstel na Kanker'](#)
- ['Klachten na afronding van de curatieve behandeling'](#) uit richtlijn ['Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'](#).

### **Referenties:**

Boini S, Briancon S, Guillemin F, Galan P, Hercberg S. Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: a longitudinal pre-post assessment. [Health Qual Life Outcomes. 2004; 2:4.](#)

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. [BMJ. 2005; 330\(7493\): 702.Epub2005feb.4](#)

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.](#)

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.](#)

Stanton AL. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. J Clin Oncol. 2006; 24(32): 5132-7.

Stommel M, Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. Health Psychol. 2004; 23(6): 564-73.

## **Klachten in de ziekte- en symptoomgerichte palliatieve fase**

### **Uitgangsvraag**

Welke klachten komen voor tijdens de (ziekte- en symptoomgerichte) palliatieve fase?

### **Aanbevelingen:**

Het is aan te bevelen om bij patiënten in de palliatieve fase klachten zoals pijn, vermoeidheid, energiegebrek, zwakte en de algehele kwaliteit van leven zorgvuldig en systematisch te meten, te analyseren en te vervolgen. Bron: module 'Klachten: tijdens de palliatieve fase' uit de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'

### **Literatuurbespreking:**

Voor een volledige samenvatting literatuur verwijzen we naar de module '[Klachten, tijdens de palliatieve fase](#)' uit de richtlijn '[Medisch specialistische revalidatie bij oncologie](#)'.

### **Conclusies:**

Pijn, vermoeidheid, zwakte, noodzaak tot rusten en slaapproblemen komen veel voor bij patiënten met kanker tijdens de ziektegerichte palliatieve fase.

Niveau 2: B Puts 2004, Bradley 2005, A2 Van den Beuken 2009 Bron: module 'Klachten: tijdens de palliatieve fase' uit de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'

Pijn, energiegebrek, zwakte en verminderde eetlust zijn de belangrijkste symptomen bij patiënten met kanker in de symptoomgerichte palliatieve fase.

Niveau 2: A2 Solano 2006, Teunissen 2007, Van den Beuken 2007 Bron: module 'Klachten: tijdens de palliatieve fase' uit de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'

### **Overwegingen:**

Voor een volledig overzicht van de overwegingen verwijzen we naar module '[Klachten, tijdens de palliatieve fase](#)' uit de richtlijn '[Medisch specialistische medisch revalidatie bij oncologie](#)'.

### **Referenties**

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.

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 Geneeskd 2004; 27(4): 277-80.

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. J Pain Symptom Manage 2006; 31(1): 58-69.

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 2007; 34(1): 94-104.

Van den Beuken-Van Everdingen MH, De Rijke JM, 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.

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.

## **Instrumenten voor het signaleren van klachten en inventariseren van zorg**

### **Uitgangsvraag**

Welk instrument is valide en bruikbaar voor het signaleren van klachten gedurende het hele ziekteproces?

### **Aanbevelingen:**

De werkgroep adviseert om voor het screenen en signaleren van distress bij mensen met kanker gebruik te maken van de Lastmeter. Deze bestaat uit de thermometer, probleemlijst en de vraag 'zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?'

Bron: module 'Meest geschikte instrument voor detecteren distress en zorgbehoefte' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'.

De werkgroep is van mening dat voor het monitoren van distress bij mensen met kanker gebruik gemaakt kan worden van de Lastmeter (met gebruik van de versie waarop voor elk probleem een score tussen de 1-10 gegeven kan worden) of de EORTC QLQ-C30.

Bron: module 'Meest geschikte instrument voor detecteren distress en zorgbehoefte' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'.

De werkgroep is van mening dat met alle patiënten de antwoorden op het instrument besproken moeten worden, of het nu om screening, signalering of monitoring gaat, en dat niet alleen afgegaan moet worden op een afkappunt. Bron: module 'Meest geschikte instrument voor detecteren distress en zorgbehoefte' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'.

De signalering en verwijzing is onderdeel van het nazorgplan voor elke patiënt, zoals aanbevolen in de basisrichtlijn 'Herstel na Kanker'. Het nazorgplan is een middel om de signalering en verwijzing naar zorg voor de gevolgen van kanker(behandeling)systematisch uit te voeren, te documenteren, te monitoren en interdisciplinair over te dragen.

### **Literatuurbespreking:**

Voor een volledige samenvatting van de literatuur verwijzen we naar de:

- module '[Meest geschikte instrument voor detecteren distress en zorgbehoefte](#)' uit de richtlijn '[Detecteren behoefte psychosociale zorg](#)'

### **Conclusies:**

De Lastmeter

Het is aangetoond dat de Lastmeter een valide en betrouwbaar instrument is om ernst en aard van distress en problemen bij mensen met kanker te meten en dat de DT een diagnostische accuraat instrument is om klinisch verhoogde en relevante distress te signaleren bij mensen met kanker. Een afkappunt van 4 (internationaal) en 5 (in Nederlandse patiënten) op de thermometer

van de Lastmeter levert de meest ideale sensitiviteit en specificiteit voor het signaleren van distress bij volwassen mensen met kanker.

Niveau 1: A2 Mitchell 2007, A2 Tuinman 2008, A2 Bauwens 2008, A2 Hegel 2008, A2 Ransom 2006, A2 Gil 2005, A2 Jacobsen 2005, A2 Butt 2008, A2 Ma 2014, A2 Mitchell 2010, B Gessler 2008, B Hoffman 2004, B Shim 2008, B Akizuki 2005, B Özalp 2007, B Lambert 2014, B Lazenby 2014, B Admiraal 2013.

Bron: module 'Meest geschikte instrument voor detecteren distress en zorgbehoefte' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'.

### EORTC QLQ-C30

Het is aannemelijk dat de EORTC QLQ-C30 een betrouwbaar en valide instrument is voor het screenen en signaleren van distress bij mensen met kanker.

Niveau 2: C Aaronson 1993<sup>1</sup>, C Guzelant 2004, B Yun 2004, B McLachlan 1998, B Kuenstner 2002, C Gotay 2002, C Velikova 2001, C Ringdal 1999, B Snyder 2010, C King 2014, C Lockett 2011.

Bron: module 'Meest geschikte instrument voor detecteren distress en zorgbehoefte' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'.

### Overwegingen:

Voor een volledig overzicht van de overwegingen verwijzen we naar de:

- module '[Meest geschikte instrument voor detecteren distress en zorgbehoefte](#)' uit de richtlijn '[Detecteren behoefte psychosociale zorg](#)'.

### Referenties

Aaronson N, Ahmedzai A, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(5):365-376. [\[link\]](#)

Admiraal J, Reyners A, Hoekstra-Weebers J. Do cancer and treatment type affect distress? *Psychooncology*. 2013;22(8):1766-73. [\[link\]](#)

Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2005;29(1):91-9. [\[link\]](#)

Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Theuns P. The 'Distress Barometer': validation of method of combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale. *Psychooncology*. 2009;18(5):534-42. [\[link\]](#)

Butt Z, Wagner L, Beaumont J, Paice J, et al. Use of a single-item screening tool to detect clinically significant fatigue, pain, distress, and anorexia in ambulatory cancer practice. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35(1):20-30. [\[link\]](#)

Gessler S, Low J, Daniells E, et al. e. Signalering for distress in cancer patients: Is the Distress Thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psychooncology*. 2008

Gil F, Grassi L, Travado L, et al. Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. *Support Care Cancer*. 2005;13(8):600-6. [\[link\]](#)

Gotay C, Blaine D, Haynes S, et al. Assessment of quality of life in a multicultural cancer patient population. *Psychol Assess* 2002;14(4):439-50. [\[link\]](#)

Guzelant A, Goksel T, Ozkok S, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004;13(2):135-44. [\[link\]](#)

Hegel M, Collins E, Kearing S, et al. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psychooncology*. 2008;17(6):556-60. [\[link\]](#)

Hoffman B, Zevon M, D'Arrigo M, et al. Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology*. 2004;13(11):792-9. [\[link\]](#)

Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, et al. Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2005;103(7):1494-502. [\[link\]](#)

King M, Bell M, Costa D, et al. The Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30) and Functional Assessment of Cancer-General (FACT-G) differ in responsiveness, relative efficiency, and therefore required sample size. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(1):100-7. [\[link\]](#)

Kuenstner S, Langelotz C, Budach V, et al. The comparability of quality of life scores. a multitrait multimethod analysis of the EORTC QLQ-C30, SF-36 and FLIC questionnaires. *Eur J Cancer*. 2002;38(3):339-48. [\[link\]](#)

Lambert S, Pallant J, Clover K, et al. Using Rasch analysis to examine the distress thermometer's cut-off scores among a mixed group of patients with cancer. *Qual Life Res*. 2014;23(8):2257-65. [\[link\]](#)

Lazenby M, Dixon J, Bai M, et al. Comparing the distress thermometer (DT) with the patient health questionnaire (PHQ)-2 for screening for possible cases of depression among patients newly diagnosed with advanced cancer. *Palliat Support Care*. 2014;12(1):63-8. [\[link\]](#)

Luckett T, King M, Butow P, et al. Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations. *Ann Oncol*. 2011;22(10):2179-90. [\[link\]](#)

Ma X, Zhang J, Zhong W, et al. The diagnostic role of a short screening tool--the distress thermometer: a meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2014;22(7):1741-55. [\[link\]](#)

McLachlan S, Devins G, Goodwin P. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a measure of psychosocial function in breast cancer patients. *Eur J Cancer* 1998;34(4):510-7. [\[link\]](#)

Mitchell A, Baker-Glenn E, Granger L, Symonds P. Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psychooncology*. 2010;19(2):125-33. [\[link\]](#)

Mitchell A. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007;25:4670-81. [\[link\]](#)

Özalp E, Cankurtaran E, Soygür H, et al. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology*. 2007(16):304-311. [\[link\]](#)

Ransom S, Jacobsen P, Booth-Jones M. Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. *Psychooncology*. 2006;15(7):604-12. [\[link\]](#)

Ringdal K, Ringdal G, Kaasa S, et al. Assessing the consistency of psychometric properties of the HRQoL scales within the EORTC QLQ-C30 across populations by means of the Mokken Scaling Model. *Qual Life Res*. 1999;8(1-2):25-43. [\[link\]](#)

Shim E, Shin Y, Jeon H, Hahm B. Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psychooncology*. 2008;17(6):548-55. [\[link\]](#)

Tuinman M, Gazendam-Donofrio S, Hoekstra-Weebers J. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer*. 2008;113(4):870-8. [\[link\]](#)

Velikova G, Wright P, Smith A, et al. Self-reported quality of life of individual cancer patients: concordance of results with disease course and medical records. *J Clin Oncol* 2001;19(7):2064-73. [\[link\]](#)

Yun Y, Park Y, Lee E, et al. Validation of the Korean version of the EORTC QLQ-C30. *Qual Life Res*. 2004;13(4):869-8. [\[link\]](#)

## Momenten signaleren van klachten en inventariseren van zorgbehoeften

### Uitgangsvraag

Op welke momenten wordt signalering van klachten ingezet tijdens en na afronding van de in opzet curatieve behandeling en in de palliatieve fase?

### Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat regelmatige signalering moet plaatsvinden tijdens de behandeling, of die nu in opzet curatief of palliatief (ziekte- en symptoomgericht) is en tijdens de controleperiode, ongeacht of de patiënt zich klinisch, poliklinisch of in de thuissituatie bevindt. Bron: module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat signalering **de eerste keer** moet 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. Bron: module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat **vervolgmomenten** voor signalering zijn:

- Tijdens de behandeling: niet vaker dan elke 3 maanden met als laatste keer het gesprek waar de primaire behandeling wordt afgesloten. Eventueel ook op de eerdergenoemde ziektegerelateerde risicomomenten:
  - ◆ bij de start en het einde van elke behandeling (chemo-, radio- en doelgerichtetherapie)
  - ◆ bij de start en het einde van hormoontherapie
  - ◆ bij de overgang van behandeling naar controleperiode
  - ◆ bij het optreden van een recidief en/of metastasen
  - ◆ bij de overgang van curatieve naar palliatieve behandeling
- Tijdens de controleperiode in het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk: bij ieder (poliklinisch) bezoek maar niet vaker dan elke drie maanden.
- De laatste keer in het ziekenhuis bij de overdracht naar de 1e lijn, waarna signalering verder plaats moet vinden in de huisartsenpraktijk. Bron: module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat een patiënt, naar eigen behoefte, kan besluiten het instrument vaker, op een ander moment of niet in te vullen. Het inlevermoment blijft het bespreekmoment. Bron: module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat het van belang is de patiënt erop te wijzen dat er in de loop van de tijd veranderingen in psychosociaal en fysiek functioneren kunnen optreden en dat de patiënt deze altijd kan melden, ook wanneer deze niet samenvallen met de meetmomenten zoals geadviseerd en opgenomen in het zorgpad.

Bron: module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

**Literatuurbespreking:**

Voor een volledige samenvatting literatuur is de module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' te raadplegen.

**Conclusies:**

Er kon geen bewijs of advies gevonden worden over op welk(e) moment(en) in het patiëntentraject een signaleringsinstrument zou moeten worden afgenomen om tijdig distress te kunnen vaststellen. Bron: module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

**Overwegingen:**

Voor een overzicht van de overwegingen is de module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' te raadplegen.

## Aanbod en organisatie van zorg voor gevolgen van kanker(behandeling)

**Uitgangsvraag**

Hoe moet het aanbod en de organisatie van zorg voor gevolgen van kanker(behandeling) er uit zien?

**Aanbevelingen:**

De werkgroep is van mening dat het wenselijk is een signaleringsinstrument te gebruiken voor het signaleren van distress en zorgbehoefte en de uitkomsten met de patiënt te bespreken; Het bespreekmoment is het inlevermoment of (bij digitaal invullen) het eerstvolgende consult. Bron: module 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat de behandelend medisch specialist en huisarts de verantwoordelijkheid en centrale rol hebben in het signaleren van distress en zorgbehoefte met behulp van een signaleringsinstrument, het bespreken van de antwoorden en waar nodig verwijzen. Zij kunnen besluiten om deze taak te delegeren naar de verpleegkundige/verpleegkundig specialist en de POH-GGZ. Bron: module 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat de verantwoordelijk behandelend (huis)arts, de verpleegkundige/verpleegkundig specialist of een andere zorgprofessional (zoals POH-GGZ) de aangewezen personen zijn om de antwoorden op het signaleringsinstrument te bespreken met de patiënt, om basale psychosociale zorg te leveren, en om eventueel te verwijzen naar gespecialiseerde psychosociale en/of (para)medische zorg en/of medisch specialistische medisch specialistische revalidatie bij oncologiezorg, indien nodig en/of door de patiënt gewenst. Bron: module 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

Geef bij het afsluiten van de nazorg de patiënt en zijn/haar huisarts goede voorlichting en instructie over mogelijke late gevolgen en hoe daarmee om te gaan. Informeer de patiënt bij welke zorgverlener hij/zij bij het optreden van deze klachten terecht kan. Bron: module 'Gevolgen aanpak eerste jaar- Late gevolgen behoeven informatie' uit de richtlijn 'Herstel na kanker'

Maak voor elke patiënt een individueel nazorgplan dat is afgestemd op diens restklachten en behoeften. Bron: module 'Gevolgen aanpak eerste jaar- Individueel nazorgplan' uit de richtlijn 'Herstel na kanker'

De werkgroep is van mening dat de gegevens van het ingevulde signaleringsinstrument, rapportage van de bespreking van het signaleringsinstrument, de eventueel genomen acties en/of afspraken in verband met continuïteit van zorg en overdracht opgenomen worden in, bij voorkeur, het elektronisch patiëntendossier. Indien er geen elektronisch patiëntendossier is, dan is verwerking in het papieren dossier gewenst. Bron: module 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het



instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat het bespreken van het signaleringsinstrument met de patiënt een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van alle zorgverleners (in)direct betrokken bij de patiënt. Er dienen lokaal goede afspraken gemaakt te worden over wie het ingevulde signaleringsinstrument met de patiënt bespreekt en over de continuïteit in het signaleren van distress, bespreken en verwijzen van een patiënt in de loop van de tijd (ook bij weinig/geen distress). Bron: module 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat zorgverleners goed geschoold en regelmatig bijgeschoold moeten worden voor het communicatief vaardig bespreken van het signaleringsinstrument, om de eigen communicatieve vaardigheden bij te houden en te blijven toetsen en om bij te blijven bij nieuwe ontwikkelingen in de psychosociale zorg. Bron: module 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat de precieze momenten waarop gesignaleerd wordt bij patiënten met een bepaalde vorm van kanker het best vastgelegd kunnen worden in het desbetreffende zorgpad. Bron: module 'Meetmomenten' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

### Literatuurbespreking:

Voor een overzicht van de samenvatting literatuur zijn de volgende modules te raadplegen:

- 'Gevolgen aanpak eerste jaar- Late gevolgen behoeven informatie' uit de richtlijn 'Herstel na Kanker'
- 'Gevolgen en aanpak eerste jaar-Individueel nazorgplan' uit de richtlijn 'Herstel na Kanker'
- 'Meetmomenten' en 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

### Conclusies:

Voor de module 'Meetmomenten' en 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' konden op basis van de literatuur geen conclusies worden opgesteld.

Tijdige behandeling door (vroeg)signalering van vroege gevolgen beperkt de ziektelast en valt primair onder de verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Niveau 4: D Gezondheidsraad 2007<sup>22</sup> Bron: module 'Gevolgen en aanpak 1e jaar- Vroege gevolgen vragen aanpak' uit de richtlijn 'Herstel na Kanker'

Een individueel nazorgplan zorgt voor systematische identificatie van problemen, geeft richting aan de nazorg, geeft duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden van betrokken zorgverleners en ondersteunt de onderlinge communicatie. Niveau 4: D Institute of Medicine 2005 Bron: module 'Gevolgen aanpak eerste jaar- Individueel nazorgplan' uit de richtlijn 'Herstel na kanker'

### Overwegingen:

Voor een overzicht van de overwegingen zijn de volgende modules te raadplegen:

- 'Gevolgen aanpak eerste jaar- Late gevolgen behoeven informatie' uit de richtlijn 'Herstel na Kanker'
- 'Gevolgen en aanpak eerste jaar-Individueel nazorgplan' uit de richtlijn 'Herstel na Kanker'
- 'Meetmomenten' en 'Wie bespreekt op welke wijze de uitkomsten van het instrument' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

## Verwijzen bij klachten en behoefte aan zorg

### Uitgangsvraag

Bij welke mate van klachten wordt doorverwezen en naar wie?

### **Aanbevelingen:**

Lastmeter

De werkgroep is van mening dat bij een lage distress score (< 4) en/of geen zorgbehoefte aangegeven op het signaleringsinstrument het belangrijk is om:

- De antwoorden op het signaleringsinstrument met de patiënt te bespreken.
- De patiënt basale aanvullende ondersteuning te bieden voor de problemen die de patiënt ervaart
- De patiënt te attenderen op gangbare vormen van (zelf)hulp en zo nodig een vervolgesprek aan te bieden.
- Indien tijdens het gesprek blijkt de patiënt behoefte heeft aan gespecialiseerde psychosociale en/of (para)medische zorg, ook al is de score lager dan het afkappunt en heeft hij/zij op het signaleringsinstrument aangegeven geen zorgbehoefte te hebben, verwijzing te regelen passend bij de specifieke problemen waarvoor de patiënt hulp vraagt. Bron: module 'Verwijzing' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat bij een hoge distress score ( $\geq 4$ ) en/of zorgbehoefte aangegeven op het signaleringsinstrument het belangrijk is om:

- De antwoorden op het signaleringsinstrument met de patiënt te bespreken en samen met de patiënt na te gaan op welk vlak problemen liggen.
- Naast het bieden van basale psychosociale ondersteuning, de behoefte en wenselijkheid na te gaan voor verwijzing voor welke specifieke problemen naar welke gespecialiseerde psychosociale en/of (para)medische zorgverlener(s).
- De patiënt te verwijzen naar bij de problemen passende psychosociale/(para)medische zorgverlener(s), bij voorkeur gespecialiseerd in oncologie.
- Bij het ontbreken van een behoefte aan aanvullende ondersteuning terwijl er wel een hoge distress score is, de patiënt te attenderen op gangbare vormen van (zelf)hulp en extra aandacht te hebben voor deze patiënt bijvoorbeeld door het maken van een afspraak voor een vervolgesprek. Bron: module 'Verwijzing' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat verwijzing naar gespecialiseerde aanvullende zorg goed afgestemd en besproken dient te worden met de patiënt, zodat de patiënt goed geïnformeerd kan beslissen en gemotiveerd is voor de gekozen zorg. Ondanks een hoge distress score of onvervulde zorgbehoeftes zal niet elke patiënt verwezen willen worden. Patiënten bepalen uiteindelijk zelf of zij wel of geen gebruik maken van aanvullende professionele zorg. Bron: module 'Verwijzing' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat patiënten met een hoge distress score die aangeven geen zorgbehoefte te hebben eventueel besproken kunnen worden in een (psychosociaal) multidisciplinair overleg (MDO). Bron: module 'Verwijzing' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat, wanneer een patiënt naar meerdere zorgverleners voor verschillende problemen is verwezen, onderling gestructureerd overleg en afstemming over de geconstateerde problematiek en ingezette behandeling op hoofdlijnen tussen de psychosociale en (para)medische zorgverleners onderling en met de basisbehandelaars noodzakelijk is. Bron: module 'Verwijzing' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat teruggroeping over (het effect van) de gegeven psychosociale en/of paramedische behandeling of over de redenen om af te zien van behandeling naar de verwijzend medisch specialist/arts noodzakelijk is.

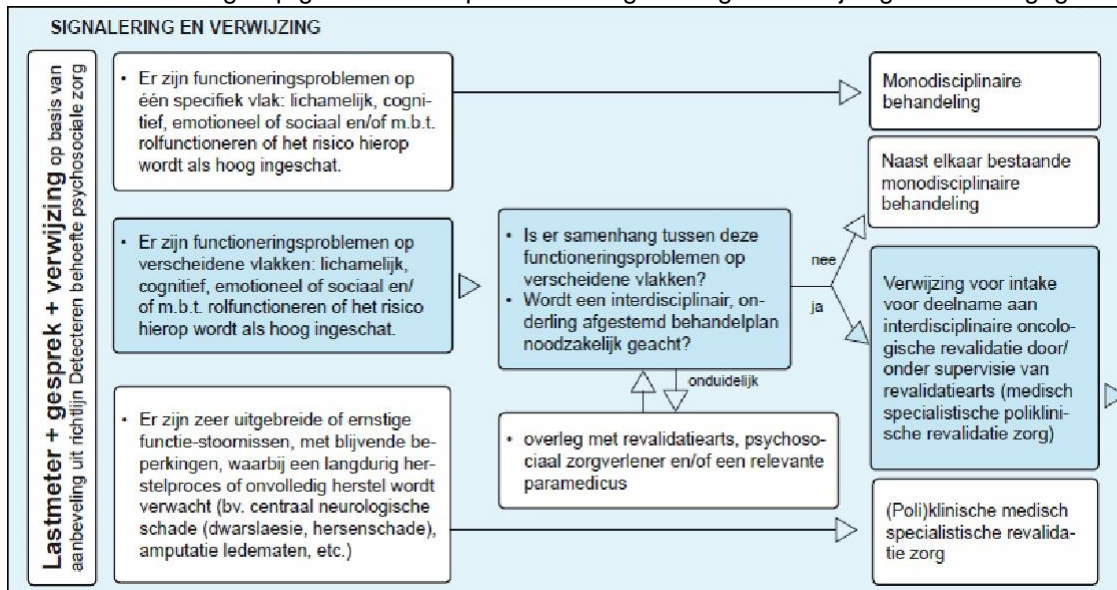
Bron: module 'Verwijzing' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

De werkgroep is van mening dat het de voorkeur heeft te verwijzen naar een psychosociale en/of (para)medische zorgverlener met ervaring in oncologie. De Verwijsgids Kanker geeft een overzicht van deze gespecialiseerde zorgverleners. In het NVPO deskundigenbestand

staan psychosociale zorgverleners geregistreerd die voldoen aan de criteria van hun beroepsvereniging en van de NVPO.

Bron: module 'Verwijzing' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

Het door de werkgroep geadviseerde proces van signalering en verwijzing staat weergegeven in



Bij functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig), lichamelijk, cognitief, emotioneel of sociaal vlak en/of met betrekking tot rolfunctioneren en/of zingeving of bij een verhoogd risico hierop de onderlinge samenhang en complexiteit bepaald dient te worden. Blijkt er sprake complexe, met andere woorden, onderling samenhangende, problemen en is interdisciplinaire behandeling nodig, waarbij onderlinge afstemming van het behandelplan noodzakelijk is, dan vindt verwijzing plaats naar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Als sprake is van problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig), maar deze niet complex is, dan geeft de richtlijn aan dat behandeling door naast elkaar bestaende monodisciplinaire behandelingen, gecoördineerd door een medisch specialist/oncoloog, mogelijk geïndiceerd is. Dit is dus geen medisch-specialistische revalidatie.

Bij zeer uitgebreide of ernstige functiestoornissen, met blijvende beperkingen, waarbij een langdurig herstelproces of onvolledig herstel wordt verwacht verwezen dient te worden naar (poli)klinische medisch specialistische revalidatiezorg.

Als de behandelaar samen met de patiënt niet tot een duidelijk verwijsadvies kan komen, omdat de samenhang tussen de verscheiden functioneringsproblemen onduidelijk is, dan dient de behandelaar (of een andere geschikte zorgprofessional, waaraan het signaleren en verwijzen gedelegeerd is) te overleggen met bijvoorbeeld een revalidatiearts, psychosociaal hulpverlener en/of een relevante paramedicus.

Bron: module 'Signalering, bespreking en verwijzing' uit de richtlijn 'Medisch specialistische medisch specialistische revalidatie bij oncologie'

### Literatuurbespreking:

Voor een overzicht van de samenvatting literatuur zijn de volgende modules te raadplegen:

- 'Signalering, bespreking en verwijzing' uit de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie'
- 'Verwijzing' uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'

**Overwegingen:**

Voor een overzicht van de overwegingen zijn de volgende modules te raadplegen:

- [‘Signalering, bespreking en verwijzing’](#) uit de richtlijn [‘Medisch specialistische revalidatie bij oncologie’](#)
- [‘Verwijzing’](#) uit de richtlijn [‘Detecteren behoefte psychosociale zorg’](#)