



# FYSIEKE ACTIVITEIT BIJ KANKER

Voorstel van Stichting tegen Kanker  
en de Nationale Werkgroep

## INHOUDSTAFEL

<b>Begrippenlijst</b> .....	<b>4</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>6</b>
<b>Samenstelling van de Nationale Werkgroep</b> .....	<b>8</b>
<b>Aanbevelingen van Stichting tegen Kanker en de Nationale Werkgroep</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Samenvatting: verwachtingen en aanbevelingen van Stichting tegen Kanker en de Nationale Werkgroep van experts</b> .....	<b>10</b>
1.1 Wetswijziging en kwaliteitsgarantie .....	11
1.2 Evaluatie van de noden van patiënten en een specifiek revalidatieprogramma .....	11
1.3 Aanpak op lange termijn en multidisciplinair zorgtraject .....	12
1.4 Aansturing en organisatie .....	12
1.5 Guidelines, zorgtrajecten en bredere revalidatieprogramma's .....	13
<b>2. Het belang van fysieke activiteit bij kanker</b> .....	<b>14</b>
2.1 De wetenschappelijke evidentie .....	15
2.2 Vroegtijdige aanpak .....	16
<b>3. Oncorevalidatie in België vandaag</b> .....	<b>19</b>
3.1 Revalidatienoden in België .....	20
3.1.1 Socialezekerheidskader .....	20
3.1.2 Opleiding .....	22
3.1.3 De verschillende rollen en expertise doorheen het zorgtraject .....	23
3.2 Ongelijkheden in triage en doorverwijzing .....	25
3.3 Grants Fysieke Activiteit van Stichting tegen Kanker en hun impact .....	26
<b>4. Aanbevelingen m.b.t. de bestaande guidelines</b> .....	<b>29</b>
<b>5. Wie moet de revalidatie aansturen?</b> .....	<b>32</b>
<b>6. Obstakels en drijfveren</b> .....	<b>34</b>
<b>7. Noodzaak van verder onderzoek</b> .....	<b>38</b>
<b>8. Bijlagen</b> .....	<b>40</b>
8.1 Vaststellingen en aanbevelingen van de Kankerbarometer 2021 .....	41
8.2 Triage en doorverwijzing van patiënten .....	43
8.2.1 Beslisboom om de beginsituatie van de patiënt te bepalen (aangepast van Stout et al., 2020 door Moving Cancer Care 2021) .....	43
8.2.2 An exercise oncology clinical pathway: Screening and referral for personalized interventions, Stout et al, 2020 et Schmitz KH, 2021 .....	44
8.3 Overzichtstabel, ACSM, 2019 .....	45
<b>9. Referenties</b> .....	<b>46</b>

## BEGRIPPENLIJST

<b>Fysieke activiteit (physical activity)</b>	Elke lichaamsbeweging die wordt voortgebracht door skeletspieren en waarbij energie wordt verbruikt
<b>Lichaamsbeweging (exercise)</b>	Lichaamsbeweging is een subcategorie van fysieke activiteit die gepland, gestructureerd, herhaald en doelbewust gericht is op het verbeteren of onderhouden van een of meer componenten van fysieke fitheid
<b>Intramuraal</b>	Binnen het ziekenhuis
<b>Transmuraal</b>	De overgang tussen intramurale en extramurale settings
<b>Extramuraal</b>	Buiten het ziekenhuis
<b>Kankerpatiënt</b>	Patiënt die leeft met of na kanker De term " <b>patiënt</b> " wordt in dit document gebruikt voor "een volwassene die kanker heeft of heeft gehad"
<b>Chronische pathologie</b>	Langdurige ziekte (langer dan 6 maanden) die over het algemeen langzaam verloopt zonder volledig herstel
<b>Revalidatie</b>	Een reeks interventies om het functioneren te optimaliseren en de verloren vermogens te herstellen van mensen met gezondheidsproblemen in hun interactie met hun omgeving, zowel op motorisch, sensorisch als cognitief gebied
<b>Prevalidatie</b>	Fysieke revalidatie zodra de diagnose is gesteld (bv. voor een operatie, voor een neo-adjuvante chemotherapie)
<b>Vroegtijdige revalidatie</b>	Fysieke revalidatie zo snel mogelijk bij en na diagnose
<b>Oncologische revalidatie</b>	Aangepast fysieke revalidatiemanagement gericht op de patiënt die leeft met of na kanker, met psychosociale ondersteuning en multidisciplinaire hulp. In dit document bespreken we fysieke revalidatie als onderdeel van uitgebreide multidisciplinaire oncologische revalidatie
<b>% 1RM</b>	Percentage maximale belasting die een spier kan tillen over een volledig bewegingsbereik
<b>Zorgtraject</b>	Gestandaardiseerd zorgtraject voor patiënten in vier fasen: bij diagnose, tussen diagnose en behandeling, tijdens behandeling en na behandeling

## De verschillende beroepen in verband met beweging

<b>Gezondheidsprofessional</b>	Lid van de medische en paramedische beroepsgroep
<b>Arts in de fysische geneeskunde en revalidatie</b>	Medisch specialisme dat zich richt op de functionaliteit van personen en behandelt onder andere patiënten met klachten van het bewegingsstelsel of het zenuwstelsel
<b>Kinesitherapeut</b>	Master in kinesitherapie en revalidatie
<b>Sportgezondheidsprofessional</b>	Master of Bachelor in lichamelijke opvoeding en bewegingswetenschappen met een aanvullende opleiding in "chronische pathologieën" voor Aangepaste Fysieke Activiteit
<b>Fysieke opvoeder</b>	Bachelor- of masterdiploma in fysieke activiteit
<b>Beweegprofessional</b>	Een professional die werkt in de wereld van sport, beweging en fysieke activiteit voor niet-zorgdoeleinden die verantwoordelijk is voor het begeleiden van mensen bij hun fysieke training. Deze heeft een opleiding op het gebied van fysieke activiteit zonder bachelor- of masterdiploma in lichamelijke opvoeding en/of revalidatiewetenschappen en kinesitherapie



## INLEIDING

Iedereen weet dat kanker een prioriteit is voor de volksgezondheid. Dat het een heel ruim en complexe problematiek is dat steeds meer multidisciplinair wordt aangepakt en snel evolueert dankzij onderzoek. De behoeften en verwachtingen zijn enorm: van preventie tot palliatieve zorg, met inbegrip van screening en behandeling over psychosociale ondersteuning tot follow-up of professionele re-integratie.

Ondanks de aanzienlijke vooruitgang in de afgelopen decennia, blijft de invloed van kanker op de levenskwaliteit van veel mensen met en na kanker (en hun naasten) groot. Ondanks de toegenomen aandacht voor de voordelen van fysieke activiteit tijdens en na kanker, hebben maar weinig patiënten in België toegang tot adequate begeleiding op dit gebied.

Op initiatief van Stichting tegen Kanker werd in september 2021 een Nationale Werkgroep gevormd om een nationale consensus te verkrijgen over wat fysieke oncologische revalidatie zou moeten zijn. De Nationale Werkgroep richtte zich op de noodzaak om erkende kwaliteitscriteria te definiëren en een terugbetaling voor fysieke revalidatie tijdens en na een oncologische behandeling te bekomen, evenals het verhogen van de toegankelijkheid, awareness en doorverwijzen voor iedereen (punt 1.5 en hoofdstuk 4).

Volledig onafhankelijk werd deze consensus opgemaakt, in nauwe samenwerking met 16 experts van over heel België, zowel van universiteiten als vanuit de ziekenhuiscontext en daarbuiten.

Wij willen hen graag bedanken voor hun enthousiaste deelname aan wat een echte uitdaging bleek te zijn.

Dit werk bevat heel wat informatie en stelt ons in staat een reeks aanbevelingen te formuleren rond de fysieke revalidatie als deel van de brede oncologische revalidatie van mensen die leven met of na kanker.

De experts van de Nationale Werkgroep en Stichting tegen Kanker begonnen met het vaststellen van het belang van fysieke activiteit bij de behandeling van kanker. Vervolgens maakten ze een inventaris op van de fysieke revalidatie voor, tijdens en na kanker in België, waarbij ze de behoeften op het vlak van toegang, nomenclatuur, opleiding en professionele erkenning benadrukten.

De literatuur en de praktijk tonen aan dat triage en doorverwijzing van patiënten aanzienlijk verbeterd kan worden, alsook dat er reeds richtlijnen bestaan voor fysieke activiteit bij mensen die leven met en na kanker, en dat het in politieke zin en op vlak van volksgezondheid aangewezen is om deze te volgen.

Ondertussen zijn er natuurlijk weer enkele belangrijke ontwikkelingen binnen dit domein op Europees, nationaal en regionaal niveau: het Manifesto van EU Cancer en het European Beating Cancer Plan, het Handboek van Sciensano, BOV-coachen

(gedeeltelijk terugbetaald in Vlaanderen), maar ook OncoFit (OLV Aalst), "Citoyen Sportif, j'agis pour ma santé" (CHU Liège) ... Sommige daarvan worden toegelicht in deze tekst en benadrukken de groeiende nood aan een nationaal programma en terugbetaling van fysieke revalidatie voor, tijdens en na kanker.

Op basis van het samenbrengen van de verschillende expertises kan een advies geformuleerd worden voor een zorgtraject voor oncologische revalidatie in België.

Patricia Lanssiers

Veronique Le Ray

Frédérique Bernard

*Patricia Lanssiers*

*Veronique Le Ray*

*Frédérique Bernard*



## SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE WERKGROEP

Prof. dr. Nele Adriaenssens, PT, PhD	Vrije Universiteit Brussel – Universitair Ziekenhuis Brussel
Lucille Blaise	HUB Hôpital Universitaire de Bruxelles
Renée Bultijnck, PhD	Universiteit Gent – Universitair Ziekenhuis Gent
Dr. Lore Dams, PT, PhD	UZLeuven – UAntwerpen
Prof. dr. An De Groef, PT, PhD	KULeuven – UAntwerpen
Dr. Christel Fontaine	Universitair Ziekenhuis Brussel
Dr. Sofie Geukens	Imelda Bonheiden
Dr. Andrea Gombos	Institut Jules Bordet – HUB Hôpital Universitaire de Bruxelles
Prof. Malgorzata Klass	Université libre de Bruxelles
Michel Lamotte, PhD	HUB Hôpital Universitaire de Bruxelles
Dr. Severine Macq	Humani
Pierre Magnien	Vzw Gym SANA
Prof. Didier Maquet	ULiège – CHU de Liège
Dr. Laura Polastro	Institut Jules Bordet – HUB Hôpital Universitaire de Bruxelles
Wim Van Driessche	OLV Aalst
Dimitri Vrancken	Arteveldehogeschool

## AANBEVELINGEN VAN STICHTING TEGEN KANKER EN DE NATIONALE WERKGROEP

De Nationale Werkgroep werd gevormd door Stichting ten Kanker om een consensus uit te werken rond wat fysieke oncologische revalidatie zou moeten inhouden, inclusief kwaliteitscriteria en de vraag tot terugbetaling.

Er moet een nationaal zorgaanbod komen voor kankerrevalidatie die uitermate complexe noden in rekening brengt, waarbij het RIZIV een leidraad opmaakt voor oncologische revalidatie met een beschrijving van de taken die aan de ziekenhuizen en/of de extramurale actoren worden toegewezen.

### Meer specifiek:

- 1 Er moet een **specifieke nomenclatuur** uitgewerkt worden voor deze zorgverstrekingen om de toegang tot revalidatie voor mensen die leven met of na kanker te faciliteren, afhankelijk van hun fysieke, psychologische en sociale behoeften.
- 2 Er moet een **nauwe samenwerking** komen in het kader van deze oncologische revalidatie tussen de ziekenhuizen, de extramurale medische en paramedische actoren, de klassieke sportsector en de gemeenten.
- 3 **Aangepaste opleidingen (met kwaliteitslabel) en een bijzondere beroepsbekwaamheid** moeten de kwaliteit van deze zorgverlening garanderen. Deze zorg moet gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderbouwde oncologische revalidatie, die bestaat uit fysieke activiteit en psychosociale omkadering.
- 4 Een systematische evaluatie van de individuele noden aan oncologische revalidatie in zowel de behandelingsfase als de nazorgfase is nodig, om zo te leiden tot een **revalidatieprogramma en een aangepast zorgtraject** voor kankerpatiënten (tot minimaal 6 maanden na kankerbehandeling). Hierbij moeten meerdere zorgverstrekkers en specialismen betrokken worden, in eerste instantie de arts fysische geneeskunde en de kinesitherapeut, daarna de beweegprofessionals, met een aangepaste opleiding.
- 5 De **ziekenhuizen** moeten meer aangemoedigd worden om oncologische revalidatieprogramma's op te zetten en/of capaciteit uit te breiden. De ziekenhuisprofessionals zouden eveneens de verdere uitwerking van de **trans- en extramurale ziekenhuiszorg** moeten ondersteunen met het oog op een bredere omkadering.

Stichting tegen Kanker en de Nationale WerkGroep roepen op tot wetswijziging op het gebied van gezondheid om "fysieke oncologische revalidatie van mensen die leven met of na kanker" te erkennen, structureel op te nemen en terug te betalen.



## 1.1 Wetswijziging en kwaliteitsgarantie

Stichting tegen Kanker en de Nationale Werkgroep roepen op tot wetswijziging op het gebied van gezondheid om de term “**oncologische revalidatie van mensen die leven met of na kanker**” op te nemen. Deze aanpassing moet een specifieke nomenclatuur voor deze zorgverstrekking tot stand brengen en zo **de toegang tot revalidatie voor kankerpatiënten verruimen**, afhankelijk van hun fysieke, psychologische en sociale behoeften. Om de mogelijkheden en verplichtingen van de ziekenhuizen op het vlak van revalidatieaanbod aan kankerpatiënten met specifieke noden niet te beperken, moet het huidige onderscheid tussen gespecialiseerde revalidatie bij oncologische patiënten en gewone revalidatie worden vastgelegd. Er moet ook duidelijkheid komen over de aansturing en de samenwerking in het kader van deze oncologische revalidatie tussen de ziekenhuizen, de extramurale medische en paramedische actoren, de klassieke sportsector en de gemeenten. **Aangepaste opleidingen** en een **bijgewerkte beroepserkenning (met kwaliteitslabel)** moeten de kwaliteit van deze zorgverlening garanderen.

## 1.2 Evaluatie van de noden van patiënten en een specifiek revalidatieprogramma

Stichting tegen Kanker en de experts van de Nationale Werkgroep stellen vast dat er in België een structureel gebrek is aan systematische periodieke evaluatie van de individuele revalidatienoden van patiënten die leven met en na kanker en dat ondanks de onbetwistbare evidentie oncologische revalidatie nog steeds niet standaard in de zorg ingebed zit van een individu met kanker. Dit geldt voor de patiënten die leven met kanker, die een vooropgesteld zorgtraject volgen en voor de overgrote meerderheid van de kankerpatiënten die niet altijd toegang hebben tot zo'n zorgtraject.

Daarom pleiten Stichting tegen Kanker en de experts van de Nationale Werkgroep voor een **systematische evaluatie van de individuele noden aan oncologische revalidatie**. De tijd die nodig is voor deze beoordeling moet worden ingebouwd zowel bij diagnose, tijdens de behandelingsfase als de nazorgfase. Deze noden moeten het uitgangspunt vormen van een revalidatieprogramma en een aangepast zorgtraject om de patiënt in staat te stellen weer te gaan bewegen en sporten met een voldoende niveau van fysieke activiteit.

Stichting tegen Kanker en de Nationale Werkgroep sporen de overheid bijgevolg aan om rekening te houden met deze specifieke noden door de revalidatieopvolging te koppelen aan klinische controles of specifieke consultaties met het oog op oncologische revalidatie. Daarom is een systematische inventarisatie van de individuele noden van de patiënt en de acute, lange termijn en late bijwerkingen absoluut noodzakelijk om de concrete impact van de vooruitgang in de kankerbehandelingen en herstel in kaart te brengen.

# 1

**SAMENVATTING: VERWACHTINGEN EN AANBEVELINGEN VAN STICHTING TEGEN KANKER EN DE NATIONALE WERKGROEP VAN EXPERTEN**

### 1.3 Aanpak op lange termijn en multidisciplinair zorgtraject

Stichting tegen Kanker met de nationale Werkgroep stelt dat er een **individuele aanpak op lange termijn** moet worden uitgewerkt (tot minimaal 6 maanden na de kankerbehandeling) waarin de noden van de kankerpatiënt worden beschreven, afhankelijk van diens mogelijkheden en **acute, lange termijn en late bijwerkingen** van de therapie en de kanker, die een aangepaste revalidatie vereisen en waarbij multidisciplinaire zorgverstrekkers en specialismen betrokken moeten worden.

In eerste instantie zorgt de arts fysische geneeskunde en de kinesitherapeut voor fysieke revalidatie; daarna, als er geen medische contra-indicaties meer zijn, komen ook de andere beweegprofessionals die gespecialiseerd zijn in fysieke activiteiten aan zet.

De beweegprofessionals moeten absoluut een aangepaste opleiding hebben genoten om een persoon met of na kanker efficiënt en veilig op te volgen en te begeleiden. Deze aanpak kan echter sterk verschillen naargelang de patiënt en de behandelingen, zelfs binnen eenzelfde zorgtraject. Dit vereist een regelmatige evaluatie van de mogelijkheden van de patiënt en een eventuele bijsturing van de revalidatie.

De zorgverstrekker moet een grondige kennis hebben van algemene oncologie, zodat die de patiënt op een holistische manier kan begeleiden. De zorgverlener moet dus kunnen antwoorden op de vragen van de patiënt of die doorverwijzen naar een specifieke professional. Een samenwerking tussen de gezondheid- en beweegprofessionals is bijgevolg essentieel met het oog op zo grondig mogelijke **verwijzingen, analyses en adviezen**.

### 1.4 Aansturing en organisatie

Stichting tegen Kanker en de Nationale Werkgroep vinden dat men de ziekenhuizen meer moet aanmoedigen om oncologische revalidatieprogramma's op te zetten en/of capaciteit uit te breiden. Vroegtijdig starten met aangepaste fysieke activiteit voor en tijdens de behandeling blijkt namelijk een positief effect te hebben op de levenskwaliteit, het latere herstel en kan de mortaliteit doen dalen. Bovendien kan vroegtijdige lichaamsbeweging bepaalde bijwerkingen voorkomen of verminderen. De ziekenhuizen moeten over een professionele omgeving beschikken waarin de revalidatie kan plaatsvinden, daarvoor moeten er voldoende middelen voorhanden zijn en moeten ze kunnen rekenen op de nodige steun van de directie en de beleidsmakers. De ziekenhuisdiensten zouden eveneens de verdere uitwerking van de trans- en extramurale ziekenhuiszorg moeten ondersteunen met het oog op een bredere omkadering.

**Het type zorgverlener zou moeten worden aangepast afhankelijk van de mogelijkheden en het zorgtraject van de patiënt.** Volgens Stichting tegen Kanker en de Nationale Werkgroep is een kinesitherapeut het meest geschikt in de acute fase, evenals voor de meer complexe problemen in de chronische fase, alsook voor de

begeleiding van patiënten in een vergevorderd ziektestadium met de aanwezigheid van metastasen. In de chronische fase wordt de patiënt buiten het ziekenhuis meestal beter begeleid door een beweegprofessional. De gezondheidsprofessional speelt een sleutelrol in de ondersteuning van de patiënt gedurende het volledige zorgtraject. Deze begeleiding is zeer uitgebreid en het aantal patiënten blijft maar stijgen. Daarom zou het raadzaam zijn om naast kinesitherapeuten deze ondersteuning open te stellen voor adequaat opgeleide bewegingsprofessionals.

**Er moet een nationaal zorgaanbod komen voor alle patiëntendie leven met en na kanker omdat zij uitermate complexe noden hebben op het vlak van revalidatie.**

Stichting tegen Kanker en de experts van de Nationale Werkgroep benadrukken dat deze zorg moet gebaseerd zijn op **wetenschappelijk onderbouwde** oncologische revalidatie, die bestaat uit fysieke activiteit en psychosociale omkadering. Om deze nazorg concreet te maken, wil Stichting tegen Kanker in dialoog gaan met het ministerie van Volksgezondheid en de gefedereerde entiteiten. Doel van dit overleg: oncologische revalidatie op de agenda plaatsen met de nadruk op financiering, netwerking en opleiding.

Het beheer en de financiering van de ziekenhuisdiensten en de verplichte ziekteverzekering worden aangestuurd op federaal niveau, terwijl de gefedereerde entiteiten belast zijn met de gezondheids promotie en -preventie, en met de coördinatie en samenwerking tussen de verschillende gezondheidsstelsels (primaire of secundaire zorg, palliatieve zorg, revalidatie, langdurige zorg). Het zorgtraject van een kankerpatiënt wordt dus door alle politieke niveaus beheerd.

### 1.5 Guidelines, zorgtrajecten en bredere revalidatieprogramma's

De Nationale Werkgroep werd gevormd door Stichting tegen Kanker **om een consensus uit te werken rond wat fysieke oncologische revalidatie zou moeten inhouden, inclusief kwaliteitscriteria en de vraag tot terugbetaling.** Het is de bedoeling dat dit advies in de zorgtrajecten voor fysieke revalidatie worden opgenomen. Daarnaast wil Stichting tegen Kanker dat het RIZIV een leidraad opmaakt voor oncologische revalidatie met een beschrijving van de taken die aan de ziekenhuizen en/of de extramurale actoren worden toegewezen.





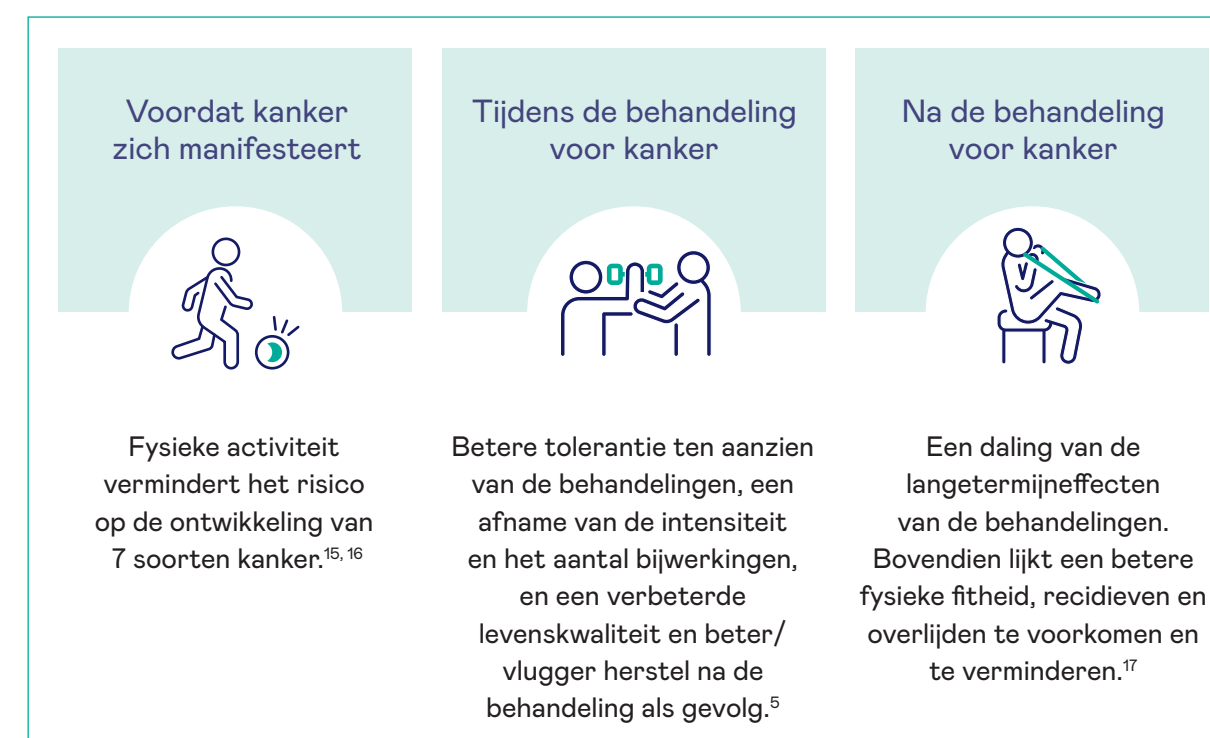
## HET BELANG VAN FYSIEKE ACTIVITEIT BIJ KANKER

### 2.1 De wetenschappelijke evidentie

Het wordt internationaal erkend dat lichaamsbeweging gezondheidsvoordelen biedt voor mensen die geen kanker hebben. Het is bewezen dat diezelfde aanbevelingen voor fysieke activiteit ook gelden en zinvol zijn voor patiënt met en na kanker. Verschillende organisaties hebben adviezen voor fysieke activiteit en lichaamsbeweging voor patiënten met kanker gepubliceerd, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie.<sup>1-3</sup>

Voor Stichting tegen Kanker en de Nationale Werkgroep van experts is het cruciaal dat de bestaande evidentie betreffende fysieke activiteit en de beschikbare richtlijnen worden opgenomen in het officiële standaard 'zorgtraject'.<sup>4, 5</sup> Hiervoor is een samenwerking tussen het politieke veld, het medisch personeel en de patiënten essentieel. Patiënten moeten immers voldoende en juiste informatie krijgen. Artsen en andere zorgverleners moeten daarom kunnen inspelen op de verzoeken van patiënten. Dit kan worden vereenvoudigd door betere opleiding over de rol van fysieke activiteit in de oncologie en een betere samenwerking met andere zorgverleners in de oncologie.

Tegenwoordig weten we dat fysieke activiteit belangrijk is in elke fase van het zorgtraject van een patiënt.<sup>6-14</sup>





Bij de actualisering van haar aanbevelingen voor fysieke activiteit eind 2020 verduidelijkt de WHO dat de richtlijnen voor gezonde volwassenen ook van toepassing zijn voor mensen die kanker hebben gehad.<sup>3</sup>

Ondanks het bestaand bewijs en de richtlijnen, blijkt dat de meerderheid van de mensen met kanker -of die kanker hebben gehad- niet regelmatig aan fysieke activiteit doet<sup>18, 22</sup>. De literatuur toont dat deze situatie deels te wijten is aan een gebrek aan communicatie, preventie, informatie en een tekort in het bestaande aanbod, zowel binnen de huidige ziekenhuissetting als daarbuiten.<sup>19, 23-28</sup>

Zo zijn sommige patiënten, afhankelijk van hun ziektebeeld, oncologische behandeling, fysieke, sociale en mentale toestand (waaronder hun motivatie) en hun voorgeschiedenis, niet in staat om zelfstandig aan fysieke activiteit te doen. Na een medische evaluatie en begeleiding door een gespecialiseerde zorgprofessional zou iedereen toegang moeten hebben tot deze erkende en doeltreffende aanpak.

Om dit voor alle patiënten toegankelijk te maken, zouden betrokken professionals de behandeling gezamenlijk moeten afstemmen. Bovendien zouden artsen, patiënten en beweegprofessionals meer multidisciplinair samen kunnen werken, met het oog op een systematische evaluatie van de patiënten met een formele overweging van een oncologische revalidatie ter plaatse.

Deze gedragsverandering is een uitdaging die veel professionals willen aangaan.<sup>29</sup> Als er officiële richtlijnen en een officieel zorgtraject zijn, kunnen patiënten aan het einde van het zorgtraject eenvoudiger hun autonomie herwinnen en opnieuw een gezonde levensstijl aannemen. Officiële richtlijnen zullen zowel voor de zorgprofessionals als voor de patiënt voordelen geven.

## 2.2 Vroegtijdige aanpak

Het doel van de fysieke revalidatie is om patiënten de kans te bieden om een beter herstel evenals een duurzame, actieve levensstijl te ontwikkelen. Deze gedragsverandering moet structureel worden geïntegreerd. Dit vereist permanente begeleiding, idealiter vanaf de diagnose tot aan volledig herstel van de fysieke en sportieve autonomie.<sup>1, 29-32</sup>

Hierbij moet het onderscheid worden gemaakt tussen prerevalidatie (die begint bij de diagnose) en vroegtijdige revalidatie, die zo snel mogelijk tijdens de medische behandeling start.<sup>1, 33</sup>

Er zijn hiervoor verschillende mogelijkheden die bepaald worden aan de hand van een batterij testen, het risicoprofiel, de veiligheid van de opleiding van de gezondheidsprofessional en dus de nood aan toezicht door een multidisciplinair team:

### Prevalidatie:

Revalidatie vanaf de diagnose, dus voordat de behandeling van kanker wordt opgestart (chirurgische ingreep of neoadjuvante behandelingen).



**Intramuraal:** in een ziekenhuisomgeving.



**Extramuraal** (buiten de ziekenhuisomgeving): individuele of groepsessies voor de begeleiding van fysieke activiteit. Als de fysieke en psychosociale mogelijkheden van de patiënt geen specifieke intramurale begeleiding vereisen.

### Tijdens de behandeling van kanker:

(e.g. chemotherapie, radiotherapie) of onmiddellijk na een operatie: een programma voor oncologische revalidatie van minstens 12 weken dat zorgt voor fysieke activiteit en psychosociale omkadering.



**Intramuraal:** bij een complexe problematiek die multidisciplinair toezicht vraagt.



**Transmuraal:** een hybride programma dat een brug slaat tussen de intra- en extramurale revalidatie met zorg op maat van elk individu.



**Extramuraal:** als de fysieke en psychosociale mogelijkheden van de patiënt geen specifieke intramurale begeleiding meer vereisen.

### Na de behandeling van kanker:

Een programma voor oncologische revalidatie van minstens 12 weken.



**Intramuraal:** bij een complexe problematiek die multidisciplinair toezicht vraagt.



**Extramuraal** (buiten de ziekenhuisomgeving): individuele of groepsessies voor de begeleiding van fysieke activiteit. Als de fysieke en psychosociale mogelijkheden van de patiënt geen specifieke intramurale begeleiding vereisen. Participatie in het reguliere sportaanbod indien mogelijk.

Een modulaire benadering keert vaak terug in de wetenschappelijke bevindingen. Deze aanpak bestaat uit multidisciplinaire zorg in de vorm van modules, zodat iedere patiënt een zo gepersonaliseerd mogelijke begeleiding krijgt.<sup>29</sup>

**Prevalidatie** staat voor revalidatie die de patiënt fysiek en mentaal voorbereidt om deels de risico's van een operatie en de mogelijke complicaties te beperken.<sup>34-36</sup> Dankzij deze vroegtijdige aanpak worden de risico's verminderd, zijn de ziekenhuisopnames korter en worden heropnames en complicaties mogelijks vermeden. Dit resulteert in aanzienlijk lagere kosten voor de sociale zekerheid, een betere levenskwaliteit voor de patiënt, alsook een snellere en vlottere werkhervatting en maatschappelijke re-integratie.<sup>37-42</sup>

De prevalidatie lijkt betere resultaten op te leveren bij mensen met een hoger risico op complicaties of een onvolledig functioneel herstel. Het is belangrijk dat patiënten inactiviteit vermijden, om te voorkomen dat ze in een vicieuze cirkel van een zittende levensstijl terechtkomen.<sup>1</sup>

Deze ondersteuning is doorgaans multidisciplinair<sup>43</sup> (incl. slaap, sedentair gedrag, werkhervatting). Naast zorg in fysieke activiteit omvat dit ook een psychosociaal luik met mentale of emotionele ondersteuning, nutritionele hulp en een programma voor gedragsverandering.<sup>44, 45</sup> Het richt zich op educatie, empowerment en persoonlijke verantwoordelijkheid met het oog op een betere therapietrouw en veerkracht van de patiënten.<sup>22</sup>

Dit programma is het meest doeltreffend en veilig als het op maat van de patiënt is. De doeltreffendheid hangt trouwens grotendeels af van de therapietrouw van de patiënten, hun familie én het zorgpersoneel, dat juist moet 'evalueren, adviseren, oriënteren'.<sup>30, 46</sup>



## ONCOREVALIDATIE IN BELGIË VANDAAG



**De experts van de Nationale Werkgroep en Stichting tegen Kanker maakten een stand van zaken van oncorevalidatie in België. Hierbij kwamen in de eerste plaats de noden op het gebied van nomenclatuur, opleiding en beroepserkenning naar voor. Ook werd vastgesteld dat de triage en doorverwijzing van patiënten verbeterd kunnen worden. Een project van de CHU van Luik, besproken in dit document, toont aan hoe dit wel kan. Dankzij de Grants Fysieke Activiteit die in 2019 door Stichting tegen Kanker werden uitgereikt, hebben veel ziekenhuizen hun zorgaanbod op het gebied van oncorevalidatie kunnen uitbreiden, vermeerderen en verbeteren. Dit tijdelijke financiering was met aandacht voor duurzaamheid maar dat niet alle projecten/grants structureel ingebed zijn geraakt; vandaar de nood dat de overheid dit overneemt. Op basis van deze ervaring, de wetenschappelijke literatuur en de richtlijnen kan nu een gestandaardiseerd zorgtraject gedefinieerd worden. Dit wordt behandeld in het volgende hoofdstuk.**

### 3.1 Revalidatienoden in België

Nu ligt de focus op langetermijn gevolgen terwijl paragraaf hierboven net focust op vroegtijdige revalidatie; het gaat over het hele continuum van diagnose tot survivorship. Hoewel elke patiënt die leeft met of na kanker uniek is, is het van essentieel belang om hen toegang te geven tot langdurige zorg op het gebied van fysieke onco-revalidatie, om te kunnen omgaan met de late en langetermijn bijwerkingen van de ziekte en de kankerbehandeling<sup>19, 32, 47, 48, 49</sup>, evenals een regelmatige evaluatie en constante bijsturing van behandeling te kunnen uitvoeren.<sup>46</sup>

De zorgverstrekker moet ook kunnen antwoorden op de vragen van de patiënt of die doorverwijzen naar een specifieke professional. Een samenwerking tussen de bewegings- en gezondheidsprofessionals is dus essentieel met het oog op zo grondig mogelijke verwijzingen, analyses en adviezen.<sup>1, 19, 32, 47</sup>

#### 3.1.1 Socialezekerheidskader

Een veel voorkomend probleem is dat “oncologische revalidatie” of “revalidatie voor patiënten die leven met of na kanker” een algemene term is die voor elke patiënt een andere betekenis heeft. Een standaard nomenclatuur voor “oncologische revalidatie” is daarom geen sluitende oplossing.<sup>50</sup> Patiënten die lijden aan cardiotoxiciteit moeten bijvoorbeeld de nomenclatuur voor hartrevalidatie kunnen volgen, perifere polyneuropathie moet gevolgd worden als onderdeel van neurorevalidatie, enzovoort. De frequentie en duur zal voor elke patiënt anders zijn; we willen hier geen “standaardprogramma” van maken<sup>51</sup>. Het huidige onderscheid tussen gespecialiseerde oncologische revalidatie en gewone revalidatie moet daarom worden vastgelegd om de mogelijkheden en verplichtingen van ziekenhuizen niet te beperken als het gaat om het aanbieden van revalidatie aan kankerpatiënten met speciale behoeften.

Wat wel uniform is, is dat alle mensen die door kanker zijn getroffen een actieve en gezonde levensstijl moeten aannemen om herval te voorkomen, en daarom moeten worden aangemoedigd om in beweging te komen door middel van revalidatie.<sup>3, 19, 51, 52</sup>

Een groot obstakel voor de meeste oncorevalidatieprojecten is dat er geen enkele terugbetaling voorzien is voor begeleiding, de infrastructuur en de inhoud binnen of buiten de ziekenhuismuren. Maar niet alle patiënten willen of kunnen (bv. door de afstand) hun revalidatie in een ziekenhuis doen. Een netwerk van lokaal actieve actoren kan daarom interessant zijn.

In de Belgische Kankerbarometer 2021<sup>4</sup> werd vastgesteld dat er in België momenteel geen (wettelijk of klinisch) werkkader voor de gezondheidsprofessionals of patiënten bestaat (zie bijlage 1). Zo werd er een schrijnend tekort vastgesteld tijdens een rondetafelgesprek in 2018-2019.<sup>52</sup> Het personeel en de infrastructuren voor de organisatie van zo'n ondersteuning bestaan blijkbaar wel, maar zouden pas na de nodige inventarisatie en coördinatie toegankelijk kunnen zijn. Een beleidsnota die hieruit voortvloeide, definieert verschillende prioriteiten, waaronder de ontwikkeling van een breder en toegankelijker aanbod voor oncorevalidatie, oncologische expertise in de ambulante behandelingen en de langdurige autonomisering van de patiënten.<sup>4</sup>

Naar het voorbeeld van het KB van 1991<sup>54</sup> tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkings voor bepaalde patiënten (patiënten met diabetes, hartpatiënten en patiënten met neurologische en/of spieraandoeningen) of van een zorgtraject voor diabetespatiënten, verdient ook de fysieke, psychosociale en professionele revalidatie van kankerpatiënten bijzondere aandacht.<sup>4</sup>

Naast het KB van 1991 zouden sommige verordeningen, zoals het KB dat de normen voor de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg en voor borstkanker vastlegt, kunnen worden uitgebreid met de integratie van de noden van patiënten op het vlak van nazorg en ondersteunende zorg.

Door het gebrek aan een specifieke nomenclatuur voor oncologische revalidatie is het moeilijk om op het niveau van de populatie te beoordelen in welke mate patiënten de verschillende soorten zorg en ondersteuning krijgen voor revalidatie of herstel. De experts van de Nationale Werkgroep erkennen bovendien het belang van het systematisch en gestructureerd in contact brengen met de patiënt. Dit laat zorgprofessionals immers toe om hun ondersteuning te starten en samen met de patiënt te beoordelen of diens activering nodig is.

Kanker en de behandeling ervan veroorzaken bijwerkingen die, aldus de officiële nomenclatuur van het RIZIV<sup>55</sup>, door kinesitherapeutische en/of ergotherapeutische zorg kunnen worden opgevangen en behandeld. Kanker wordt niet beschouwd als een zware pathologie (met uitzondering van bepaalde bijwerkingen zoals lymfoedeem of CVA die de evolutie van de patiënt bemoeilijken). Afhankelijk van de ernst kunnen de Belgische ziekenfondsen tot 60 kinesitherapie sessies per patiënt over een periode van één jaar terugbetalen (pathologie E, Fa, M24).<sup>55</sup> In een ziekenhuisomgeving, op aansturen van een arts voor fysieke geneeskunde, is een behandeling met een kinesist tot 48 groepssessies mogelijk (18 K20 en 30 K15).

Het KB van 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg moet voldoen, bepaalt het volgende: *“Bijkomend moet binnen het ziekenhuis een beroep kunnen worden gedaan op een geneesheer-specialist met ervaring in de pijnbehandeling, een kinesist en een diëtist”*. Er wordt echter geen verwijzing gemaakt naar fysieke revalidatie of naar de specifieke rol hiervan. **Fysieke revalidatie wordt momenteel enkel georganiseerd op voorschrift van een arts voor fysieke geneeskunde. Dit gebeurt echter niet systematisch voor kankerpatiënten, waardoor velen van hen er geen toegang toe hebben.**

**Het huidige systeem schiet dus tekort in nomenclatuur en medisch voorschrijfgedrag.** Doordat er geen systematische informatie over het belang van fysieke activiteit wordt gegeven, komen er ook geen andere initiatieven rond fysieke activiteit (zonder medisch voorschrift) tot stand.

Hierdoor moet er in het zorgtraject van iedere patiënt ruimte zijn voor voldoende fysieke activiteit<sup>56</sup> en een zorgaanbod komen voor patiënten die leven met of na kanker met uitermate complexe noden op het vlak van revalidatie.

### 3.1.2 Opleiding

Met het oog op een zo goed mogelijke zorg is het belangrijk dat de patiënten toegang hebben tot zorgprofessionals die de juiste opleiding hebben genoten.<sup>51</sup>

Naast de richtlijnen voor fysieke activiteit en de principes voor gedragsverandering moeten deze professionals ook de verschillende pathologieën en hun oncologische behandelingen met hun primaire en secundaire co-morbiditeiten kennen, evenals de (contra-) indicaties voor fysieke activiteit kennen herkennen en opvolgen om de effectiviteit en veiligheid ervan te garanderen. Ze moeten immers kunnen omgaan met een risicogroep die vaak fysieke, cognitieve of psychosociale beperkingen heeft. Het is dus een proces waarbij de verantwoordelijkheid voor de instandhouding van een kwaliteitsvol zorgtraject verdeeld is over alle actoren in het werkveld.<sup>19, 57</sup> De verschillende professionals van het uitgebreide multidisciplinaire team zijn hierbij betrokken: oncoloog, verpleegkundig (specialist/consultant), psycholoog, diëtist, kinesist, maar ook fysieke opvoeder, beweegprofessional.

De beschikbaarheid van gekwalificeerde beweegprofessionals in de oncologie is een minimumvereiste om een continue intra-, trans- en extramurale opvolging van de patiënten te waarborgen. Dit vereist gespecialiseerde kennis en competenties in diverse domeinen, zoals onder andere vroegtijdige opsporing en herkennen van bijwerkingen van de behandelingen en risicobeoordeling. Door het aspect ‘fysieke activiteit in oncologie’ op te nemen in de opleiding van de verschillende betrokken zorgprofessionals (kinesist, sportlesgever, sportcoach, personal trainer ...) zou men het aanbod, de nabijheid en de capaciteit om in te spelen op de specifieke behoeften van kankerpatiënten, aanzienlijk vergroten. Deze aanpak draagt ook bij tot de fysieke en mentale autonomie van de patiënt.

Momenteel maken specialisaties op het vlak van oncologische revalidatie echter niet altijd deel uit van de basisopleiding geneeskunde, verpleegkunde, kinesitherapie en lichamelijke opvoeding. Bij sommige opleidingen zal de specialisatie niet alleen gericht zijn op revalidatie. Ze komen aan bod in een voortgezette opleiding die grotendeels bedoeld is voor het medische team. De toekomstige mogelijkheden om deze competenties te verbeteren vereisen een erkende specialisatie, de ontwikkeling van officiële en door het RIZIV erkende programma's voor oncologische revalidatie, en de uitbreiding van de interdisciplinaire klinische competenties.

Inter- en multidisciplinaire samenwerking en communicatie zijn cruciaal om dit succesvol uit te voeren.

Het belang van deze aanpak is een vlotte overgang mogelijk te maken van intra- naar extramurale zorg tot er een duurzame fysieke en/of sportieve autonomie bereikt is. Naast de Grants van Stichting tegen Kanker zijn er in België nog andere initiatieven om lichaamsbeweging voor patiënten te vergemakkelijken, zoals BOV-coachen (die al gedeeltelijk werd terugbetaald in Vlaanderen), OncoFit (Aalst), enz.

Het permanente karakter van kanker vereist niet enkel een gedragsverandering bij de patiënten, maar ook bij hun omgeving, de zorgverleners en het grote publiek.

### 3.1.3 De verschillende rollen en expertise doorheen het zorgtraject

De faculteiten Motorische Wetenschappen van de Universiteiten van Leuven, Luik en Libre de Bruxelles<sup>58</sup> heeft een voorstel gedaan voor professionele erkenning voor de zorg van patiënten of patiënten met en na een kanker met fysieke activiteit in Fédération Wallonie Bruxelles. Dit voorstel is rechtstreeks geïnspireerd door een Franse interministeriële instructie<sup>59</sup> en zal helpen om het aantal gezondheidswerkers te verhogen. Dit document richt zich op de voorwaarden voor het aanbieden van aangepaste lichaamsbeweging op voorschrift van de behandelend arts aan patiënten met langdurige aandoeningen. En kan de patiëntenzorg dus worden uitgebreid. Dit zet de deur open voor een trans- en extramurale begeleiding, zodat de patiënt tijdens het hele zorgtraject (van de diagnose tot de herwinning van fysieke of sportieve autonomie) ondersteuning krijgt van een goed opgeleide professional.

In de hiernavolgende tabel wordt een overzicht gegeven van de rol van verschillende (para)medici in de zorg van chronische ziekte. In functie van de ernst van de beperkingen kunnen specifieke voorwaarden gespecificeerd worden en kunnen bepaalde professionals een taak uitvoeren in functie van hun kennis en vaardigheden (hoe meer +-tekens, hoe geschikter de vaardigheden van de professional lijken te zijn).

De zorgverlener moet het oefenprogramma kunnen aanpassen aan de mogelijkheden en de behandeling van de patiënt. In de acute fase blijft de kinesitherapeut de meest geschikte persoon om de patiënt paramedisch te begeleiden, evenals bij complicaties in de chronische fase.<sup>51</sup>



Beperkingen	Geen beperkingen	Beperkingen buiten chronische ziekte*	Chronische* ziekte in gestabiliseerde fase	Chronische* ziekte in acute fase
Beschrijving		Overgewicht, zittende levensstijl, vergrijzing	Beheer van chronisch zieke patiënten buiten de acute medische zorg	Medische en paramedische behandeling van chronisch zieke patiënten door gezondheidswerkers
Voorwaarden	Geen	Certificaat van niet-contra-indicatie voor de beoefening van FA (aanbevolen)	Certificaat van niet-contra-indicatie voor de beoefening van FA (verplicht)	Certificaat uitsluitend voor zorg in medische/paramedische omgeving
Opleidingen/Beroepen van verstrekkers van AFA				
Artsen	Voorschrift voor FA, attest van afwezigheid van contra-indicaties, doorverwijzing naar de juiste professionals			
Kinesitherapeuten	+ <sup>1</sup>	++ <sup>1</sup>	+++ <sup>1</sup>	+++
Professionals in gezondheidssport <sup>2</sup>	+++	+++	+++	/
Master in LO	+++	++	++ <sup>3</sup>	/
Bachelor in LO	+++	++	+ <sup>3</sup>	/
Ergotherapie	/	/	Afhankelijk van hun specifieke competenties	
Psychomotorische therapeuten	Afhankelijk van hun specifieke competenties		/	/
Andere gezondheidsprofessionals <sup>4</sup>	Afhankelijk van hun specifieke competenties			
Andere sportprofessionals <sup>5</sup>	++	+	/	/

<sup>1</sup> Met een aanvullende opleiding 'interventie/pedagogie' voor aangepaste fysieke activiteiten (AFA).  
<sup>2</sup> Master of bachelor in LO met AFA-opleiding voor patiënten met chronische pathologieën.  
<sup>3</sup> Indien AFA-lessen gevolgd tijdens de initiële of voortgezette opleiding.  
<sup>4</sup> Verpleegkundigen (liaison/coördinatie), psychologen, gespecialiseerde artsen enz.  
<sup>5</sup> AFA-opleidingen, met uitzondering van bachelor/master 'lichamelijke opvoeding' (sportcoach, sport-/gezondheidsbegeleider)  
 \* Een chronische ziekte is 'een langdurige aandoening (6 maanden of langer) die zich doorgaans traag ontwikkelt en geen neiging heeft tot volledig herstel'.<sup>3</sup>

In de meeste gevallen moet de patiënt in de chronische, late fase en buiten het ziekenhuis worden begeleid door een bewegingsprofessional, zoals een sportpedagoog (master of bachelor in LO of sportprofessionals). De zorgprofessional heeft een sleutelrol in de ondersteuning van de patiënt tijdens het hele zorgtraject. Aangezien deze ondersteuning zeer uitgebreid is en het aantal patiënten voortdurend toeneemt, moeten we niet aarzelen om deze ook open te stellen voor andere bewegingsprofessionals dan kinesitherapeuten, zoals sportpedagogen.<sup>7, 32</sup>

Kennis van en toegang tot een netwerk kunnen helpen om de meest geschikte zorg te verstrekken. Dit kan de levenskwaliteit van de patiënt aanzienlijk verbeteren, maar ook extra inspanningen vergen van de zorgprofessional omdat hij zich buiten zijn eigen vakgebied moet begeven.<sup>60</sup>

### 3.2 Ongelijkheden in triage en doorverwijzing

De uitwerking van een formeel kader is belangrijk om te bepalen of de patiënten in het ziekenhuis moeten worden geholpen of onmiddellijk extramuraal begeleiding kunnen krijgen door een kinesitherapeut, sportlesgever of -coach. Deze triage is enkel haalbaar als de extramuraal beweegprofessionals alle oncologische patiënten kunnen opvangen en eventueel tijdig kunnen doorverwijzen naar zorgprofessionals.

Een systematische beoordeling van de revalidatiebehoeften van alle kankerpatiënten is daarom essentieel. Een dergelijk systeem bestaat echter niet in België.<sup>19, 30</sup> Deze revalidatie follow-up moet de vorm aannemen van klinische controles of speciale consulten gericht op oncologische revalidatie. De tijd die nodig is voor deze beoordeling moet zowel in de behandelingsfase als in de nazorgfase worden opgenomen. Op basis van deze behoeften kan dan een revalidatieprogramma en een geschikt zorgpad worden opgesteld.

Er zijn al verschillende tools. Moving Cancer Care (2021) stelt bijvoorbeeld een beslissboom voor om de beginsituatie van de patiënt te bepalen.<sup>32</sup> En Stout et al (2020) stelt screening en doorverwijzing naar gepersonaliseerde interventies voor over het hele zorgtraject heen<sup>46</sup> (zie bijlage 2).

Hiervoor dienen eerst de maximaal haalbare en veilige mogelijkheden van de patiënt te worden bepaald. Dit moet gebeuren met behulp van een reeks tests van fysieke en psychosociale vaardigheden die wetenschappelijk erkend zijn, zodat ze gestandaardiseerd kunnen worden.<sup>1, 61</sup> Deze tests moeten ook regelmatig tijdens de behandeling worden uitgevoerd om de patiënt zo nodig bij te sturen.<sup>1, 19, 32, 47, 48</sup>

Op het terrein lopen al zeer veelbelovende initiatieven ter zake. Zo beoogt het project **TACTIC** (Tailored **ACT**ivity during and after **T**reatment **I**n **C**ancer patients) van het UZGent, AZ Sint-Lucas, AZ Jan Palfijn en AZ Oudenaarde en partners<sup>62</sup> de uitwerking van ondersteuningstools voor zorgverleners en patiënten waarin de kankerpatiënten worden aangespoord om bewegingsoefeningen te doen of te sporten.



Doel van deze hulpmiddelen: zorgverleners en patiënten ondersteunen bij de implementatie van fysieke activiteit in het oncologische zorgtraject, met aandacht voor de individuele noden en voorkeuren van iedere kankerpatiënt. Met behulp van deze tools zal een groter aantal patiënten aanspraak kunnen maken op de heilzame effecten van lichaamsbeweging tijdens en na de kankerbehandeling.

### 3.3 Grants Fysieke Activiteit van Stichting tegen Kanker en hun impact

Fysieke activiteit is al lang een prioriteit voor Stichting tegen Kanker. Zo gaf de organisatie in oktober 2007 het startschot van haar programma Raviva/Rekanto. Hiermee wou de stichting meer kankerpatiënten op nationaal niveau bereiken. Op tien jaar tijd bracht dit initiatief ongeveer 15.000 mensen 'in beweging'. Een mooi begin, maar Stichting tegen Kanker vond dit nog niet genoeg.

De organisatie wil fysieke activiteit als een structurele behandeling in elk zorgtraject opnemen. Daarom werd beslist om het programma Raviva/Rekanto stop te zetten en het geld anders te investeren. In 2019 werden de Grants Physical Activity gelanceerd. Een budget van 1.701.685 euro werd verdeeld onder 23 projecten in heel België. Het doel? Fysieke activiteit tijdens en na de behandelingen bevorderen, de intra- en extramurale samenwerking en continuïteit stimuleren, en meer patiënten bereiken (streefdoel: >15.000 deelnemers/jaar).

Dit document bevat een aantal projecten waaraan in 2019 een Grant werd toegekend om vroegtijdige oncorevalidatie en fysieke activiteit te promoten en in een zorgtraject te implementeren. Dit betreft het project:

- ▶ **TACTIC** van de UZ Gent, AZ Sint-Lucas, AZ Jan-Palfijn en AZ Oudenaarde en partners gericht op doorverwijzing van patiënten;
- ▶ **OncoFIT** en **Move In&Out** van OLV Aalst en Arteveldehogeschool; en **Sport après cancer. Citoyen sportif, j'agis pour ma santé** van het CHU Liège, die een brug slaan tussen intra-, trans- en extramurale zorg.

Dit zijn perfecte voorbeelden, die nu nog beperkt zijn tot één instelling of één regio, maar die eenvoudig op grotere schaal- of zelfs op nationaal niveau -zouden ontwikkeld en/of toegepast worden.

Het OLV Aalst stelde bepaalde lacunes vast die patiënten beletten om na hun revalidatie optimaal te bewegen. Het gaat om het gebrek aan een netwerk van gekwalificeerde beweegprofessionals of een ontoereikend kennisniveau van de beweegprofessionals, zowel binnen als buiten de ziekenhuismuren.

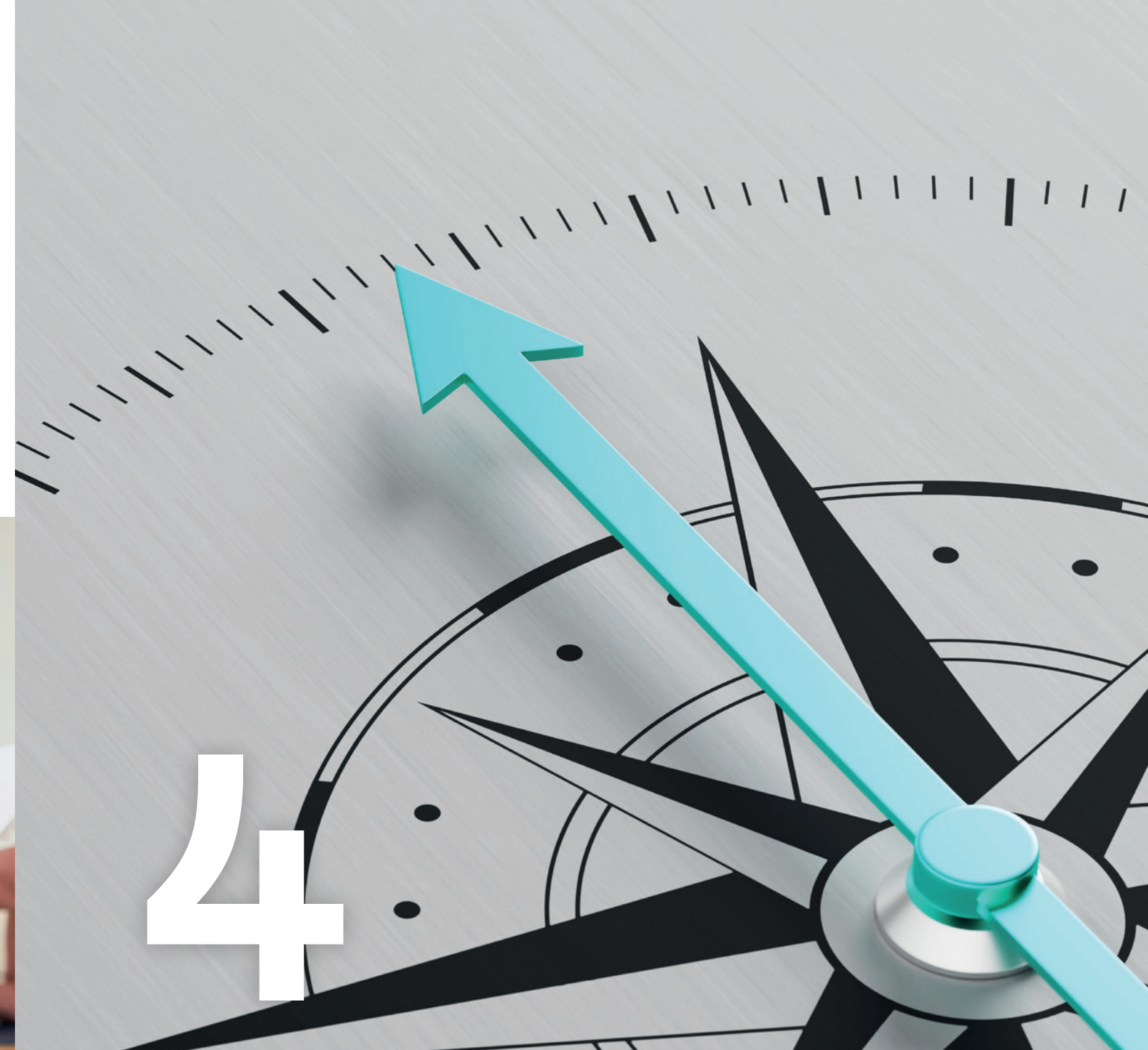
Om die leemte in te vullen heeft het OLV Aalst via zijn project **OncoFIT**<sup>63</sup>, dat gericht is op fysieke activiteit tijdens oncologische behandelingen en gefinancierd wordt door Stichting tegen Kanker, de krachten gebundeld met **Moving Cancer Care**<sup>32, 64</sup> (opleidingen Voor zorg- en beweegprofessionals) van de Arteveldehogeschool. Het resultaat is **Move IN&OUT**.<sup>65</sup> Dit project zet de deur open voor een bredere, permanente trans- en extramurale begeleiding met een opleidingsprogramma, de oprichting van een netwerk van gekwalificeerde beweegprofessionals en een nauwere betrokkenheid van de huisartsen.

Bij **Move IN&OUT** zijn drie actoren betrokken: de Arteveldehogeschool (academische sector), het OLV Aalst (ziekenhuissector) en de sportdienst van Aalst (lokale dienstverlener). Het resultaat is een kwaliteitsvolle aanpak en opleiding, een instroom van patiënten en aangepaste infrastructuur.

Het project "**Sport après cancer. Citoyen sportif, j'agis pour ma santé**" van het CHU Liège<sup>66</sup> is bedoeld om fysieke activiteit op langere termijn aan te moedigen en de autonomie van de patiënt te bevorderen. Het initiatief slaat een brug tussen ambulante revalidatie binnen de ziekenhuismuren en op eigen houtje of in clubverband sporten. Dit project biedt wekelijkse sessies met aangepaste fysieke activiteiten in de buurt van de woonplaats van de deelnemers, waarbij ook het sociale contact wordt bevorderd. Momenteel worden deze sessies begeleid door kinesisten van het CHU Liège. De deelname is gratis na voorlegging van een medisch attest waaruit blijkt dat de patiënt mag sporten en dat er geen contra-indicaties zijn. De deelnemers volgen de fitnessactiviteiten minstens drie maanden en het CHU Liège voorziet kleiner sportmateriaal in een gemeentesaal. De gemeente stelt die zaal gratis ter beschikking en er wordt een overeenkomst getekend tussen de partnergemeente en het CHU Liège. Inmiddels zijn 8 gemeenten/steden in het project gestapt.



Wekelijks nemen 50 à 100 patiënten deel aan de activiteiten. Het project haalde onlangs een erkenning 'operator voor gezondheidsbevordering' binnen voor een periode van 5 jaar. Hierdoor zal het zijn activiteiten kunnen uitbreiden tot 30 gemeenten. Bovendien kunnen zo andere chronische aandoeningen en activiteiten in het kader van gezond ouder worden in het initiatief worden geïntegreerd.



## AANBEVELINGEN M.B.T. DE BESTAANDE GUIDELINES

Voor patiënten die kanker hebben of hebben gehad, tonen verschillende onderzoeken aan dat regelmatige fysieke activiteit een grote impact heeft op verscheidene bijwerkingen en het risico op overlijden bij bepaalde kankers (e.g. borstkanker, dikke darmkanker, prostaatkanker).<sup>6-14, 64, 65</sup>

Volgens het ACSM (American College of Sports Medicine) en een collectief van een vijftiental organisaties wereldwijd, waaronder het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie)<sup>17</sup>, zijn de resultaten enkel duidelijk in het kader van fysieke activiteit gedurende minimaal 8 à 12 weken<sup>17</sup>:



Het is aanbevolen om de trainingsintensiteit op basis van de fysiologische parameters te bepalen (hartslag, klinische tekenen van inspanning en waargenomen inspanningsniveau)<sup>50</sup> (in bijlage 3).

Deze aanbevelingen ter bevordering van de algemene gezondheid van patiënten volgen grotendeels de aanbevelingen van de WHO. Dit is een minimum dat het algemene welzijn al ten goede komt.<sup>19, 50, 71</sup> Bijkomende fysieke activiteit houdt extra voordelen in voor de lichamelijke en mentale gezondheid.<sup>71, 72</sup>

Idealiter wordt dit trainingsvoorschrift aangevuld met dagelijkse stretchoefeningen en een individuele aanpak aangepast aan de algemene conditie van de desbetreffende patiënt. Zo beveelt de WHO vanaf 65 jaar extra coördinatie- en evenwichtsoefeningen aan om valpartijen te vermijden<sup>1-3</sup>. Advies is essentieel bij chemotherapie geïnduceerde perifere polyneuropathie van de onderste ledematen of voeten. Het minimale bewegingsadvies voor de patiënten is een sedentaire levensstijl vermijden en zo actief mogelijk zijn.

Als patiënten de bovengenoemde aanbevelingen niet kunnen opvolgen, moeten ze zeker op zoek naar een fysieke activiteit die is aangepast aan hun mogelijkheden.

Ze kunnen beginnen met korte sessies van oefeningen met een lage tot gematigde intensiteit, en geleidelijk de frequentie, intensiteit en duur ervan verhogen. Voor sedentaire personen is elke activiteit (verplaatsingen, wandelingen, boodschappen doen, hobby's, enzovoort) al een mooie vooruitgang die directe voordelen oplevert. Het is ook belangrijk om een sedentariteit in tijd te beperken door regelmatig op te staan, zelfs als men de rest van de tijd actief is. Er bestaan ook specifieke aanpassingen in het geval van botmetastasen en in het kader van een verhoogd risico op fracturen.<sup>1, 3</sup>

De inhoud van het revalidatieprogramma moet voor elke patiënt worden bepaald op basis van zijn behandelingen, fysieke en psychosociale toestand, maar ook op basis van zijn eigen doelstellingen en noodzaak. De naleving en de voortzetting van de fysieke activiteit na begeleiding door beweegprofessionals zijn namelijk van essentieel belang om een effect te hebben op de negatieve bijwerkingen van kanker. Dit vereist een geïndividualiseerde aanpak en op maat gemaakt.<sup>8, 31, 44, 45</sup>

Het is belangrijk om te luisteren naar de patiënt en zijn klachten over de bijwerkingen van de oncologische behandelingen, evenals de vaak voorkomende langetermijneffecten. Op deze manier kunnen haalbare doelen worden gesteld, kan de veiligheid gewaarborgd worden en kunnen bijkomende complicaties worden gemonitord of voorkomen.

**Alle onderzoeken bevestigen dat revalidatieprogramma's het doeltreffendste zijn wanneer ze worden uitgevoerd onder toezicht<sup>73</sup> (in het ziekenhuis of thuis) van professionals met expertise in de oncologie. Deze professionals kunnen patiënten indien nodig doorverwijzen naar andere zorgprofessionals<sup>32, 74</sup>. Dit heeft een duidelijke impact op de motivatie van de patiënt, de aanpassing van de training en de intensiteit van de oefeningen.**

Fysieke activiteit kan het doel op zich zijn, of het middel om andere doelstellingen in het dagelijkse leven te bereiken.

**Daarom is het van essentieel belang om regelmatig te overleggen en te communiceren, en dit in beide richtingen, binnen een multidisciplinair netwerk<sup>57</sup>, waarbij de patiënt, de specialisten in oncologie, maar ook de huisarts, paramedici en bewegingsprofessionals betrokken zijn.**

Het principe van 'evalueren, adviseren, oriënteren' kan de algemene zorg van de patiënt verbeteren.<sup>30, 46</sup> Patiënten komen hierdoor in beter aangepaste programma's terecht. Dit kan hen helpen bij het aanmoedigen en optimaliseren van beweging en dagelijkse taken, hen leren om hun klachten te begrijpen en hoe ze ermee om kunnen gaan, en het bevorderen van een gedragsverandering richting een actieve en gezondere levensstijl.<sup>1</sup>

**Het doel is de patiënt op korte, middellange en lange termijn te begeleiden naar fysieke autonomie. De professional zoekt naar de juiste bewegingsvorm passend bij de fysieke mogelijkheden van de patiënt, via een zo gepersonaliseerd mogelijk programma om het gewenste activiteitsniveau te bereiken.<sup>51</sup>**





## WIE MOET DE REVALIDATIE AANSTUREN?

Het werkveld en deskundigen streven ernaar dat alle kankerpatiënten toegang hebben tot een kwaliteitsvolle oncologische revalidatie, met een intra- en extramuraal aanbod<sup>4</sup>. Momenteel hebben echter weinig patiënten toegang tot deze revalidatie om verschillende redenen: <sup>19, 23-28</sup>

- ▶ Wanneer er wel zo'n revalidatie wordt voorzien, is het aantal plaatsen beperkt.
- ▶ Te weinig patiënten en zorgprofessionals zijn op de hoogte van dergelijke diensten en het belang van lichaamsbeweging in hun dagelijkse leven.
- ▶ Het extramuraal aanbod is vaak onbekend en weinig gedocumenteerd.

Afhankelijk van de afdeling/ziekenhuis/professional/tumorgroep is het vaak moeilijk om te weten of de patiënt is doorverwezen of niet, wat ongelijkheid van zorg voedt en niet het doel kan zijn, omdat het de gezondheidskloof vergroot. Dit is deels te wijten aan het gebrek aan duidelijkheid bij de mensen van de dienst oncologie over hun rol in het beoordelen en begeleiden van patiënten naar fysieke activiteit, alsook aan het gebrek aan mogelijkheden om fysieke activiteit door deze zorgprofessionals te implementeren.

Als onderdeel van oncologische revalidatie in een ziekenhuis worden patiënten begeleid door kinesitherapeuten vaak onder begeleiding van een arts fysieke geneeskunde en revalidatie. Dit duurt meestal 12 tot 24 weken. De grootste uitdaging is om deze patiënten, na hun revalidatieperiode te stimuleren, hun sportbeoefening buiten het ziekenhuis op een geleidelijke en autonome wijze voort te zetten.

Daarom zouden patiënten doorverwezen moeten worden naar ambulante zorg (trans- en extramuraal). Hiervoor is coördinatie tussen verschillende betrokken zorgprofessionals nodig, waarbij clinici, beweegprofessionals en patiënten, zowel binnen als buiten het ziekenhuis, hun gedrag moeten aanpassen.<sup>19, 32, 57, 60</sup>

Deze verandering vormt een grote uitdaging en is pas doeltreffend als deze gepaard gaat met<sup>32</sup>:

- ▶ de ontwikkeling van officiële opleidingen over beweging (naast kinesitherapie of geneeskunde, die voornamelijk gericht zijn op de acute en pathologische zorg);
- ▶ de erkenning van de specialisaties van kinesitherapeuten, maar ook van bepaalde beroepen in de wereld van de sport en lichaamsbeweging;
- ▶ officiële kwaliteitscriteria voor deze verschillende specialisaties;
- ▶ een classificatie, nauwkeurige evaluatie en adequate verwijzing van de patiënten die leven met of na kanker.

Het werkveld heeft dus een duidelijke vraag. Het doel is dat elke patiënt toegang heeft tot kwaliteitsvolle en gepersonaliseerde fysieke revalidatie: van de diagnose tot het herwinnen van de fysieke en sportieve autonomie en algemene gezondheid/mentaal welzijn.



## OBSTAKELS EN DRIJFVEREN

Er is een duidelijke vraag naar kwaliteitsvolle ondersteuning van fysieke activiteit tijdens en na een kankerbehandeling. In een poging deze vraag te beantwoorden, heeft de onderzoeksgroep Moving Cancer Care van de Arteveldehogeschool<sup>32</sup> vier obstakels volgens het zorgpersoneel gedefinieerd<sup>75, 76</sup>:

- ① Weerstand van de patiënt.
- ② Gebrek aan kennis over de toegevoegde waarde van fysieke activiteit in het dagelijkse leven en het belang hiervan tijdens de behandelingen.<sup>23, 77</sup>
- ③ Structurele en intersectorale factoren.
- ④ Organisatorische factoren.

Om deze obstakels te overwinnen, is het belangrijk de informatie-uitwisseling en het principe 'evalueren, adviseren, oriënteren' in de medische praktijk te integreren.<sup>30, 46</sup>

De volgende aspecten zijn daartoe essentieel binnen de gezondheidszorg: officiële en gestandaardiseerde ondersteuning van het belang van fysieke activiteit bij kanker; regelmatige opleiding en bijscholing van de zorgprofessionals; een multidisciplinaire opzet met het oog op interdisciplinaire samenwerking; en een duidelijk overzicht van de verschillende bestaande intramurale opties (oncologische revalidatie) en extramurale opties (kinesisten en gespecialiseerde beweegprofessionals).

De extramurale zorgprofessionals melden eveneens dat fysieke activiteit en werkhervatting elkaar kunnen versterken.<sup>78</sup>

Een voorbeeld: een persoon die een kwaliteitsvolle oncologische revalidatie binnen een ziekenhuisomgeving heeft genoten, zal een betere algemene, fysieke en psychosociale conditie hebben. Dit vergemakkelijkt de werkhervatting en de sociale re-integratie.

Nationale richtlijnen voorstellen is vrij delicaat in het Belgische politieke landschap, want de politieke verantwoordelijkheden voor gezondheid zijn verdeeld over het federale niveau en de gefedereerde entiteiten (gewesten en gemeenschappen). En dat is zichtbaar op het terrein: afhankelijk van de regio krijgt een patiënt niet hetzelfde preventie- of begeleidingsaanbod (voor fysieke activiteit of andere).

Deze nationale richtlijnen hebben dus beperkingen (door de verschillende werking van elke gefedereerde entiteit), maar bieden ook mogelijkheden voor een nationale consensus, ontsluiting en ontwikkeling.



In een notendop:

### Beperkingen van de nationale richtlijnen

Verschillende werkingen van de gefedereerde entiteiten

Verschillende werkingen van de ziekenhuisnetwerken

Gebrek aan opleidingen die openstaan voor de verschillende beweegberoepen

Gebrek aan toegankelijkheid voor andere beweegberoepen dan kinesist/artsen

Gebrek aan financiering

Financiële hulp voor zorg of patiënten?

Gebrek aan een officieel kader (nomenclatuur)

Gebrek aan infrastructuren

Beperkte capaciteit voor 'evalueren, adviseren, oriënteren'

### Mogelijkheden van de nationale richtlijnen

Nationale eenmaking van de verschillende niveaus binnen de gezondheidszorg

Identiek aanbod in het hele land

Hoogwaardig, gecertificeerd aanbod

Eenvoudigere toegang tot zorg

Betere dekking van de gezondheidszorg

Officiële opleidingen van gelijke kwaliteit

Openstelling voor andere beroepen

Beter opgeleide professionals

Meer werkgelegenheid

Voordeel in termen van sociale zekerheid (↓ ziekenhuisopnames, ↓ complicaties, ↓ overlijdens)

Nationale preventiecampagne

### Noden

Een beter kader (bv. terugbetaling, nomenclatuur, opleiding/definiëring van de rol van de zorgverleners)

Ondersteuning van fysieke activiteit in eerstelijns versus in de ziekenhuizen (bv. organisatie van gezondheidszorg, toegang, nomenclatuur, gebrek aan richtlijnen)

Een maatschappelijke gedragsverandering

Het ACSM heeft in 2019 haar richtlijnen voor fysieke activiteit voor kankerpreventie bijgewerkt<sup>2</sup>. Toch stellen we vandaag nog altijd vast dat de meeste mensen die kanker hebben of gehad hebben, niet regelmatig aan fysieke activiteit doen.

Dat heeft verschillende oorzaken. Het principe 'evalueren, adviseren, oriënteren' zou de algemene aanpak van de patiënt op dit vlak kunnen verbeteren.<sup>30, 46</sup> Om tot een overtuigend resultaat te komen, is er op veel vlakken een gedragsverandering nodig.

De Belgische Kankerbarometer van 2021<sup>4</sup> belicht verschillende vaststellingen en formuleert aangepaste aanbevelingen in het kader van de diagnose, de behandeling, de nazorg en het leven na kanker. U vindt deze in de bijlage 1.

### Aanbevelingen van de Nationale Werkgroep:

Alle voorspellingen wijzen erop dat de fysieke activiteit in de loop van het volgende decennium en daarna alleen maar zal afnemen. In dat licht stellen wij een algemene aanpak voor waarin alle belanghebbenden betrokken zijn (wetenschappers, organisaties van patiënten en zorgpersoneel, maar ook de autoriteiten).



7

## NOODZAAK VAN VERDER ONDERZOEK

Zoals eerder gezegd, staat het buiten kijf dat fysieke revalidatie van cruciaal belang is. Verschillende wetenschappelijke projecten tonen aan dat revalidatie een significant en positief effect heeft op het fysieke, professionele en psychosociale leven van patiënten met en na kanker. Een aantal aspecten wijzen er evenwel op dat de beschreven interventies voortdurend opnieuw moeten worden beoordeeld en dat ook de uitwerking van methodes en een organisatie noodzakelijk zijn.

De evidentie is gebaseerd op een beperkte groep van kankers in meestal een curatieve setting. Er is dus een grote behoefte aan meer gecontroleerde klinische studies in het hele Belgische landschap die de effecten van revalidatieprogramma's voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld hematologische aandoeningen) in verschillende stadia van de kanker kunnen belichten. De interventies ten aanzien van groepen met welomschreven revalidatienoden moeten worden uitgetest.



De patiënten met of na kanker moeten meer doen dan enkel de georganiseerde of gesuperviseerde activiteiten binnen en buiten het ziekenhuis. Ze moeten ook worden aangemoedigd om dagelijks te bewegen met advies en onder toezicht van een beweegprofessional. Daarnaast moeten ze aangemoedigd worden om hun zitgedrag zoveel mogelijk te beperken en frequent te onderbreken. De beweegprofessional moet de patiënt helpen om geleidelijk autonoom te worden in zijn of haar fysieke activiteiten door hem of haar te trainen en te helpen bij het identificeren van de activiteiten die geschikt zijn voor hem of haar en bij het vinden van plaatsen in de buurt om deze activiteiten te doen.

Ondanks de toenemende aandacht voor de voordelen van fysieke activiteit tijdens en na kanker, hebben maar weinig patiënten toegang tot aangepast advies hieromtrent.

Daarom heeft Stichting tegen Kanker deze nationale werkgroep (NWG) opgericht om een nationale consensus te vinden over wat oncologische revalidatie zou moeten inhouden. De NWG focust op de nood aan officieel erkende kwaliteitscriteria en een officiële terugbetaling.



## 8.1 Vaststellingen en aanbevelingen van de Kankerbarometer 2021<sup>4</sup>

### Diagnose en behandeling

Thema's	Vaststellingen	Aanbevelingen
<b>Aanbod en kwaliteit van de zorg</b>	<p>In vergelijking met andere Europese landen, lijken de wachttijden tussen diagnoses en behandelingen aanvaardbaar.</p> <p>In België zijn er een groot aantal ziekenhuizen die vele types kanker kunnen behandelen. Dit komt niet overeen met wat in de literatuur wordt beschreven als best practice.</p> <p>Voor zeldzame kankers bestaan er verschillen in behandelingen naargelang het type kanker en het ziekenhuis.</p> <p>Er is een nood om op een meer systematische wijze de perspectieven van patiënten en hun naasten te evalueren.</p>	<p>Een nationaal debat met alle betrokken actoren in de oncologie omtrent netwerken voor oncologische zorg dient georganiseerd te worden.</p>
<b>Personeelsmiddelen en financiering</b>	<p>Er bestaat geen officiële erkenning voor de specialisatie in oncologische chirurgie.</p> <p>Er bestaat een grote variabiliteit tussen verschillende zorgcentra met betrekking tot de beschikbaarheid van verschillende zorgprofessionelen.</p> <p>Het College voor Oncologie heeft een specifieke rol inzake de evaluatie van de kwaliteit van de zorg maar beschikt niet over de nodige middelen om dit te realiseren.</p>	<p>Het merendeel van de zorgprofessionelen zou een erkende specialisatie in de oncologie moeten kunnen behalen.</p> <p>Een uitbreiding van interprofessionele kennis alsook de aanwezigheid van gestandaardiseerde interprofessionele richtlijnen is nodig tijdens de opleidingen opdat zorgprofessionelen op de hoogte zijn van elkaars rollen en vaardigheden.</p>
<b>Onderzoek, evaluatie en innovaties</b>	<p>De Stichting Kankerregister realiseert evaluaties omtrent de kwaliteit van de zorg.</p> <p>Er bestaan ongelijkheden in de toegankelijkheid van innovatieve therapieën en klinische proeven.</p> <p>Er is een nood om op een bredere manier de aspecten van multidisciplinaire zorg, waaronder psychosociale zorg en levenskwaliteit, te registreren.</p> <p>Niet alle ziekenhuizen beschikken over dezelfde mogelijkheden inzake de organisatie en deelname aan klinische proeven.</p> <p>Radiotherapie kan vaak genieten van financiering. Dit compenseert gedeeltelijk het gebrek aan steun van de farmaceutische industrie voor onderzoek binnen dit domein.</p>	<p>Een grote studie inzake PREMs en PROMs is wenselijk; resultaten hiervan kunnen niet enkel erg informatief zijn maar kunnen ook de ontwikkeling van gestandaardiseerde zorgtrajecten faciliteren.</p> <p>Organiseren van een grootschalige verzameling van individuele data omtrent levenskwaliteit en opzetten van een elektronisch systeem van zelfrapportering voor patiënten lijkt aangewezen.</p> <p>Een nationaal netwerk voor onderzoek en klinische proeven in de oncologie dient opgezet te worden (onderzoekscapaciteiten organiseren binnen een netwerk).</p>

# 8

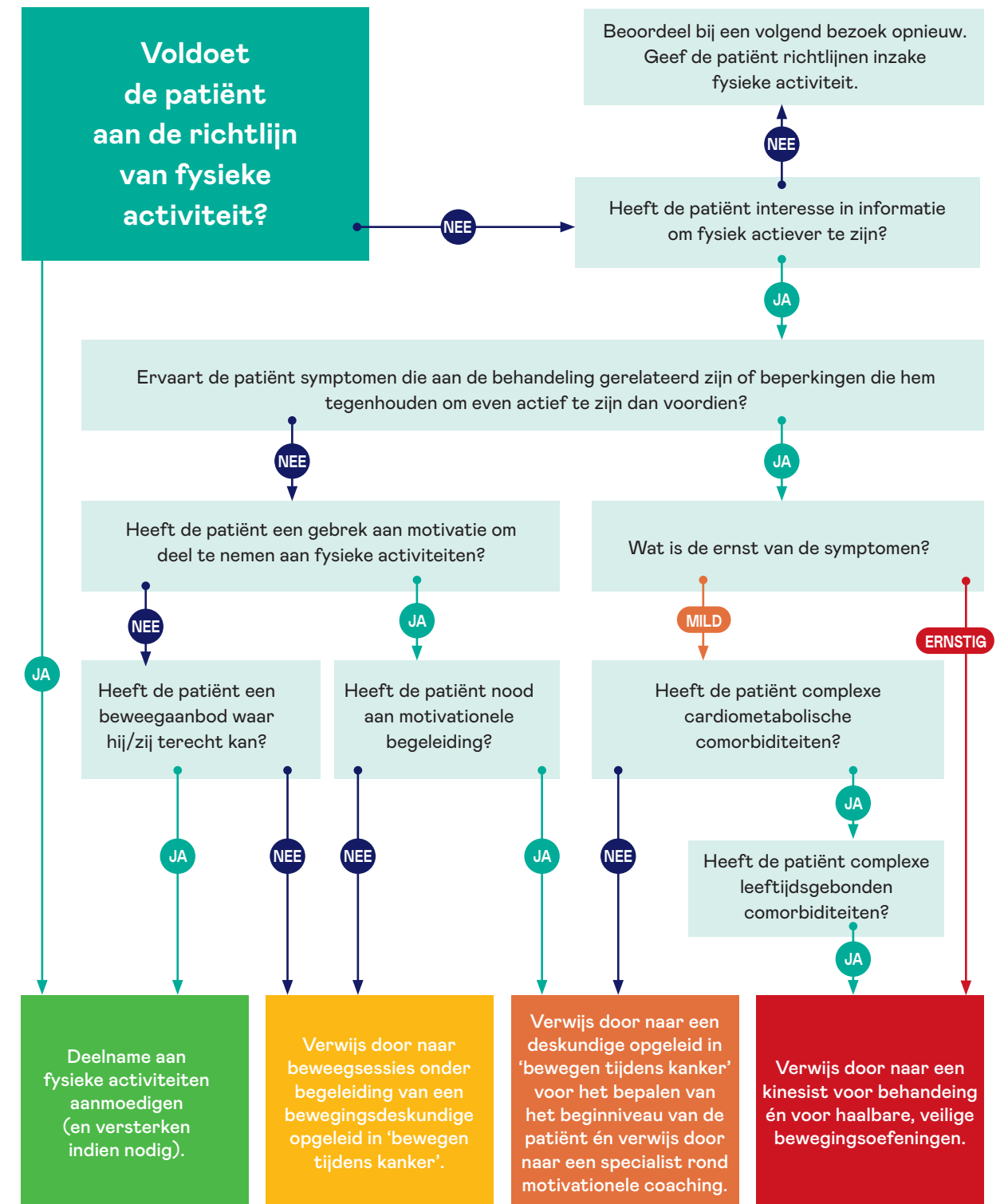
## BIJLAGEN

Cancer survivorship: nazorg en leven na kanker

Thema's	Vaststellingen	Aanbevelingen
<b>Aanbod en kwaliteit van de zorg</b>	<p>Er is een positieve evolutie waar te nemen in de overlevingscijfers (vijf jaar), waardoor meer mensen gere-integreerd worden.</p> <p>De noden van jongeren, volwassenen en ouderen zijn verschillend.</p> <p>De zorg en ondersteuning na kanker worden niet op een coherente, noch op een systematische wijze georganiseerd; er bestaan ongelijkheden in de toegankelijkheid.</p> <p>Er bestaan taboes bij de bevolking met betrekking tot psychosociale zorg.</p> <p>Het aanbod voor transmurale zorg is te beperkt en niet voldoende gekend.</p>	<p>Ontwikkelen van een gestandaardiseerd zorgtraject met een elektronische opvolging die beantwoordt aan alle zorgnoden en noden voor informatie.</p>
<b>Personeelsmiddelen en financiering</b>	<p>Zorgprofessionelen zijn niet voldoende op de hoogte van elkaars rollen en vaardigheden.</p> <p>Het aanbod aan transmurale zorg is onbekend bij zorgprofessionelen, patiënten en hun naasten.</p> <p>Zorgprofessionelen missen opleidingen inzake communicatie naar patiënten en hun naasten.</p> <p>De toegankelijkheid voor (ex)patiënten tot nazorg en ondersteuning na kanker is te beperkt op lange termijn.</p>	<p>Inventariseren van lokale expertise en opzetten van lokale netwerken voor oncologische nazorg en zorgen voor de coördinatie ervan op individueel niveau.</p> <p>De toegang tot de nazorg verzekeren voor (ex)patiënten voor de aspecten van zorg waaraan zij nood hebben, gebaseerd op een evaluatie van hun noden.</p>
<b>Onderzoek, evaluatie en innovaties</b>	<p>De oncologische nazorg kent geen specifieke nomenclatuur, wat monitoring en retrospectieve evaluaties belemmert.</p> <p>De perspectieven van patiënten en hun naasten op lange termijn zijn onbekend.</p> <p>Onvoldoende gegevens omtrent: de levenskwaliteit op lange termijn; het verkregen type zorg; de functionele status.</p> <p>Men houdt geen rekening met kosten-baten ratio's voor revalidatieprogramma's, met name beroepsrevalidatie.</p>	<p>Investeren in het verwerven van inzichten in de huidige stand van zaken met betrekking tot de zorg en ondersteuning na kanker, waaronder de perspectieven van patiënten en zorgprofessionelen.</p> <p>Realiseren van een economische studie omtrent de kosten en het rendement van investering voor wat betreft de revalidatie en socioprofessionele revalidatie.</p>

8.2 Triage en doorverwijzing van patiënten

8.2.1 Beslisboom om de beginsituatie van de patiënt te bepalen (aangepast van Stout et al., 2020 door Moving Cancer Care 2021)<sup>32</sup>

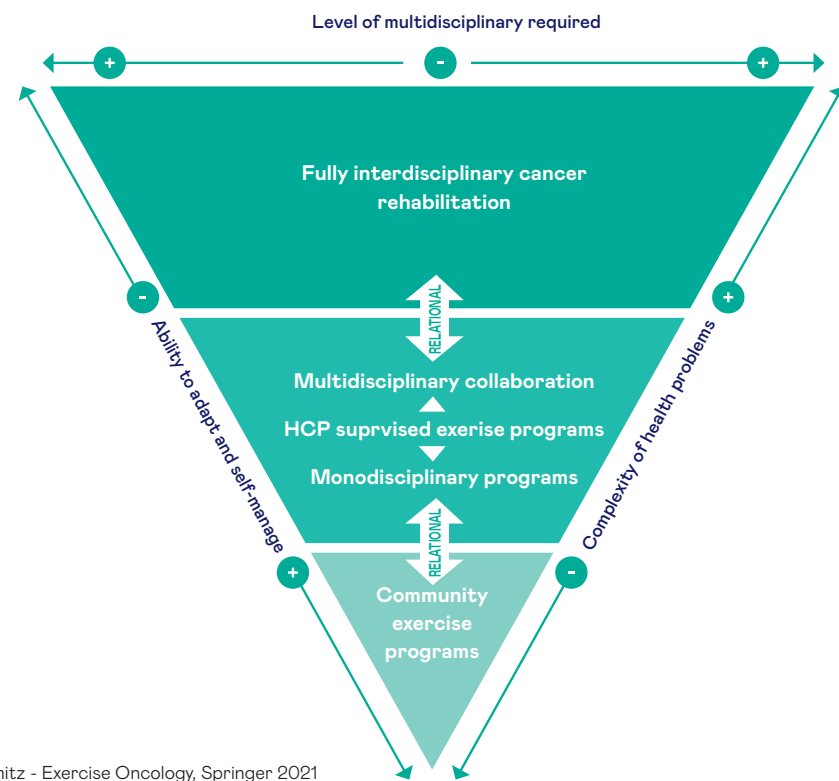




8.2.2 An exercise oncology clinical pathway: Screening and referral for personalized interventions. Nicole L. Stout DPT et al; 2020<sup>46</sup>

	What	Who	Where
<b>High complexity</b>	Physician clearance Medical workup Supervised exercise program Impairment management Caregiver guidance	Physiatrist Rehabilitation providers (PT/OT/RN)	Acute rehabilitation setting Multidisciplinary outpatient rehabilitation setting
<b>Moderate complexity</b>	Physician clearance Supervised exercise program Impairment management Caregiver guidance	Rehabilitation providers Cancer exercise physiologist	Outpatient rehabilitation setting Medically oriented gym or fitness center
<b>Low complexity</b>	Group or supervised exercise program Lifestyle coaching Impairment monitoring	Exercise physiologist Cancer exercise trainer	Gym or fitness center Wellness center
<b>Independent</b>	Group exercise program Home-based independent Community-based facility	Self-guided Coach Technology assisted	Any setting of individual preference

Stout et al, Cancer, 2020



Stuiver MM, in: Schmitz - Exercise Oncology, Springer 2021

8.3 Overzichtstabel, ACSM, 2019<sup>2</sup>

Bewegvoorschriften die effectief zijn gebleken bij patiënten voor wie dit niveau haalbaar is (Campbell 2019)			
Gezondheids-uitkomst	Aerobe training	Krachttraining	Aerobe training + krachttraining
<b>Vermoeidheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3x/week</li> <li>30 min/sessie op matige intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2x/week</li> <li>2 sets van 12-15 herh. op matige intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3x/week</li> <li>30 min/sessie matig intensieve aerobe training in combinatie met krachttraining van de grote spiergroepen</li> <li>in 2 sets van 12-15 herh. op matige intensiteit</li> </ul>
<b>Kwaliteit van leven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3x/week</li> <li>30-60 min/sessie op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2x/week</li> <li>2 sets van 8-15 herh. op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3x/week</li> <li>20-30 min/sessie matig-intensieve aerobe training, in combinatie met 2x/week krachttraining van de grote spiergroepen</li> <li>in 2 sets van 8-15 herh. op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>
<b>Fysiek functioneren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3x/week</li> <li>30-60 min/sessie op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3x/week</li> <li>2 sets van 8-12 herh. op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3x/week</li> <li>20-40 min/sessie matig-tot-hoog intensieve aerobe training, in combinatie met 2-3x/week krachttraining van de grote spiergroepen</li> <li>in 2 sets van 8-12 herh. op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>
<b>Angst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3x/week</li> <li>30-60 min/sessie op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>onvoldoende bewijs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3x/week</li> <li>20-40 min/sessie matig-tot-hoog intensieve aerobe training in combinatie met 2x/week krachttraining van de grote spiergroepen</li> <li>in 2 sets van 8-12 herh. op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>
<b>Depressie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3x/week</li> <li>30-60 min/sessie op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>onvoldoende bewijs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3x/week</li> <li>20-40 min/sessie matig-tot-hoog intensieve aerobe training in combinatie met 2x/week krachttraining van de grote spiergroepen</li> <li>in 2 sets van 8-12 herh. op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>
<b>Lymfoedeem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>onvoldoende bewijs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3x/week progressieve krachttraining van grote spiergroepen doet lymfoedeem niet verergeren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>onvoldoende bewijs</li> </ul>
<b>Botgezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3-5x/week</li> <li>30-60 min/sessie op matig-tot-hoge intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3x/week krachttraining en/of impacttraining</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3-5x/week</li> <li>30-60 min/sessie matig-tot-hoog intensieve aerobe training in combinatie met 2-3x/week krachttraining en/of impacttraining</li> </ul>
<b>Slaap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3-4x/week</li> <li>30-40min/sessie op matige intensiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onvoldoende bewijs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onvoldoende bewijs</li> </ul>

Matige intensiteit: 40-59% hartslagreserve of VO<sub>2</sub>reserve  
Hoge intensiteit: 60-89% van de hartslagreserve of VO<sub>2</sub>reserve

ACSM, 2019



## REFERENTIES

1. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). KNGF-richtlijn oncologie. 2022.
2. Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, Hayes SC, Silver JK, Campbell KL, Winters-Stone K, Berber LH, George SM, Fulton JE, Denlinger C, Morris GS, Hue T, Schmitz KH, and Matthews CE. American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control. *Med. Sci. Sports Exerc.*, Vol. 51, No. 11, pp. 2391–2402, 2019.
3. World Health Organization, WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. 2020.
4. Stichting tegen Kanker, Belgische Kankerbarometer, 2021
5. Nurgali K, Jagoe RT, and Abalo R. Adverse effects of cancer chemotherapy: Anything new to improve tolerance and reduce sequelae? *Frontiers in pharmacology*. 2018;9:245.
6. Buffart LM, Galvao DA, Brug J, Chinapaw MJM, Newton RU. Evidence-based physical activity guidelines for cancer survivors: Current guidelines, knowledge gaps and future research directions. *Cancer Treat Rev*. 2014;40(2):327-340.
7. Buffart, L.M., et al., Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: an individual patient data meta-analysis of 34R CTs. *Cancer treatment reviews*, 2017. 52: p. 91-104.
8. Casla S, Hojman P, Jerez Y, Barakat R, Lo S. Running away from side effects : physical exercise as a complementary intervention for breast cancer patients. *Clin Transl Oncol*. 2015;17:180-196.
9. Holdt Henningsen K, Desomer A, Hanssens S, Vlayen J. Ondersteunende therapieën bij kanker - Deel 1: Oefentherapie Good Clinical Practice (GCP). KCE Report. ((KCE) CF d'Expertise des S de S, ed.). Bruxelles; 2012.
10. Lipsett, A., et al., The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *The breast*, 2017. 32: p. 144-155.
11. McTiernan A, Friedenreich CM, Katzmarzyk PT, Powell KE, Macko R, et al, for the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical activity in cancer prevention and survival: a systematic review. *Med Sci Sports Exerc* 2019; 51(6): 1252-1261.
12. Romieu I, Touillaud M, Ferrari P, et al. Physical activity and cancer survival. *Bull Cancer*. 2012;99:979-994.
13. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, et al. American college of sports medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*. 2010;42:1409-1426.
14. Speck RM, Courneya KS, Mâsse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors : a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv*. 2010;4:87-100.
15. Patel AV, et al, American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control; *Med Sci Sports Exerc*. 2019 Nov;51(11): 2391-2402 DOI: 10.1249/MSS.0000000000002117
16. Mijwel S., et al., Highly favorable physiological responses to concurrent resistance and high-intensity interval training during chemotherapy: the OptiTrain breast cancer trial. *Breast Cancer Research and Treatment* (2018) 169:93–103. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4663-8>
17. Courneya KS, Friedenreich CM. Physical activity and cancer control. *Semin Oncol Nurs*. 2007;23(4):242-52.
18. Alfano C, Smith A, Irwin M, et al. Physical activity, long-term symptoms, and physical health-related quality of life among breast cancer survivors: a prospective analysis. *J Cancer Surviv*. 2007;1(2): 116-128.
19. Campbell, K.L., et al., Exercise guidelines for cancer survivors: consensus statement from international multidisciplinary roundtable. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2019. 51(11): p. 2375-2390. DOI: 10.1249/MSS.0000000000002116
20. Humpel N, Iverson DC. Depression and quality of life in cancer survivors: is there a relationship with physical activity? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007;4:65.



21. Irwin ML, Crumley D, McTiernan A, et al. Physical activity levels before and after a diagnosis of breast carcinoma: The health, eating, activity, and lifestyle (HEAL) study. *Cancer*. 2003;97:1746-1757. doi:10.1002/cncr.11227.
22. Valenti M, Porzio G, Aielli F, et al. Physical Exercise and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Int J Med Sci*. 2008;5(1):24-28.
23. Hausmann, A., et al., Are healthcare professionals being left in the lurch? The role of structural barriers and information resources to promote physical activity to cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 2018. 26(12): p. 4087-4096.
24. Keogh, J.W., et al., Benefits and barriers of cancer practitioners discussing physical activity with their cancer patients. *Journal of Cancer Education*, 2017. 32(1): p. 11-15.
25. Nadler, M., et al., Oncology care provider perspectives on exercise promotion in people with cancer: an examination of knowledge, practices, barriers, and facilitators. *Supportive Care in Cancer*, 2017. 25(7): p. 2297-2304.
26. Smaradottir, A., et al., Are we on the same page? Patient and provider perceptions about exercise in cancer care: a focus group study. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2017. 15(5): p. 588-594.
27. Smith-Turchyn, J., et al., Physical activity and breast cancer: a qualitative study on the barriers to and facilitators of exercise promotion from the perspective of health care professionals. *Physiotherapy Canada*, 2016. 68(4): p. 383-390.
28. Tsiouris, A., et al., Health care professionals' perception of contraindications for physical activity during cancer treatment. *Frontiers in oncology*, 2018. 8: p. 98.
29. Schmitz, K.H., et al., Exercise is medicine in oncology: engaging clinicians to help patients move through cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2019. 69 (6): p. 468-484.
30. Bultinck R, de Groef A. Update van de internationale aanbevelingen voor fysieke activiteit bij kanker. *Multidisciplinair Tijdschrift Voor Oncologie en Hematologie*. 2020, 14 (6).
31. Van Ruymbeke B, De Muynck M, Vanden Bossche L, Van Belle S, Lievens M, Bourgeois J, "Fysieke activiteit en sport bij volwassenen met en na kanker", 2020
32. Vrancken D, Crabbé M, De Clerck I & Van Stappen V. Bewegen tijdens Kanker: kankerzorg in beweging met Moving Cancer Care. *Onderzoeksrapport literatuurstudie en stakeholdersonderzoek 2020-2021*.
33. Ismail H, Cormie P, Burbury K, Waterland J, Denehy L, Riedel B. Prehabilitation prior to major cancer surgery: training for surgery to optimize physiologic reserve to reduce postoperative complications. *Current Anesthesiology Reports*. 2018;8(4):375-385.
34. Macmillan Cancer Support, R.C.o.A. National Institute for Health Research Cancer and Nutrition Collaboration. *Rehabilitation of People with Cancer: Principles and Guidance for Prehabilitation within the Management and Support of People with Cancer*. 2019.
35. Steffens D, Beckenkamp PR, Young J, Solomon M, da Silva TM, Hancock MJ. Is preoperative physical activity level of patients undergoing cancer surgery associated with postoperative outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*. 2019;45(4):510-518.
36. Waterland JL, McCourt O, Edbrooke L, et al. Efficacy of Prehabilitation Including Exercise on Postoperative Outcomes Following Abdominal Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Surg*. 2021;8:628848.
37. Berkel A, Bongers B, Kotte H, Weltevreden P, de Jongh F, Eijsvogel M, Wymenga M, Bigirwamungu-Bargeman M, van der Palen J, van Det M, van Meeteren N, Klaasse J. Effects of communitybased exercise prehabilitation for patients scheduled for colorectal surgery with high risk for postoperative complications. *Ann Surg*. 2022 Feb 1;275(2):e299-e306.
38. Cavalheri V, Granger C. Preoperative exercise training for patients with non-small cell lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD012020.
39. Moran J, Guinan E, McCormick P, Larkin J, Mockler D, et al. The ability of prehabilitation to influence postoperative outcome after intra-abdominal operation: A systematic review and meta-analysis. *Surgery* 2016; 160(5): 1189–1201.
40. Thomas G, Tahir MR, Bongers BC, Kallen VL, Slooter GD, van Meeteren NL. Prehabilitation before major intra-abdominal cancer surgery: A systematic review of randomised controlled trials. *Eur J Anaesthesiol*. 2019;36(12):933-45.
41. Van Rooijen S, Molenaar C, Schep G, Van Lieshout R, Beijer S, et al. Making Patients Fit for Surgery. Introducing a Four Pillar Multimodal Prehabilitation Program in Colorectal Cancer. *Am J Phys Med Rehabil* 2019; 98:888–896.
42. West M, Loughney L, Barben C, Sriadam R, Kemp G, et al. The effects of neoadjuvant chemoradiotherapy on physical fitness and morbidity in rectal cancer surgery patients. *Eur J Surg Oncol* 2014;40:1421-8.
43. Moore J, Merchant Z, Rowlinson K, et al. Implementing a system-wide cancer prehabilitation programme: The journey of Greater Manchester's 'Prehab4cancer'. *Eur J Surg Oncol*. 2021;47(3PtA):524-532.
44. Egan MY, McEwen S, Sikora L, Chasen M, Fitch M, Eldred S. Rehabilitation following cancer treatment. *Disabil Rehabil*. 2013;35(26):2245-2258.
45. Loh S, Musa AN. Methods to improve rehabilitation of patients following breast cancer surgery : a review of systematic reviews. *Breast Cancer (London)*. 2015;7:81-98.
46. Stout NL, Brown JC, Schwartz AL, Marshall TF, Campbell AM, Nekhlyudoc I & Zucker DS. An exercise oncology clinical pathway : Screening and referral for personalized interventions. *Cancer* 2020, 126(12), 2750-undefined.
47. IJsbrandy, C., et al., Effectiveness of implementation strategies to increase physical activity uptake during and after cancer treatment. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, 2018. 122: p. 157-163.
48. Scott, D.A., et al., Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(3).
49. Stout N et al, A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*. 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2191-200. doi: 10.1002/cncr.27476.
50. Hayes S, Newton R, Spence R & Galvao D. The Exercise and Sports Science Australia position statement: exercise medicine in cancer management. *J Sci Med Sport* 2019; 22(11):1175-1199.
51. Adriaenssens N. et al., The role of physiotherapy in cancer care in the Europe region: a position paper of the Cancer Working Group of Europe Region World Physiotherapy *J Cancer Rehabil* 2023; 6 issue 2: 70-79
52. Rapport Table ronde 'Soins après cancer en Belgique'. College d'oncologie, Centre du Cancer-Sciensano, Kom Op Tegen Kanker
53. RIZIF. Zorgtrajecten voor chronisch zieken  
FR : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/trajets-de-soins>  
NL : <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/zorgtrajecten>
54. Koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatiediensten (10 januari 1991)  
FR : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1991011030&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1991011030&table_name=loi)  
NL : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1991011030&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1991011030&table_name=wet)
55. RIZIF. Vergoeding van fysiotherapie voor aandoeningen op de Fa en Fb lijsten  
FR: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/kinesitherapeutes/Pages/remboursement-kinesitherapiepathologies-listes-fa-fb.aspx>  
NL: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/terugbetaling-kinesitherapie-aandoeningen-lijsten-fa-fb.aspx>

56. Hojman P, Gehl J, Christensen JF, Pedersen BK. Molecular Mechanisms Linking Exercise to Cancer Prevention and Treatment. *Cell Metab.* 2018;27(1):10-21.
57. Campbell A, Stevinson C, Crank H. The BASES Expert Statement on Exercise and Cancer Survivorship. *J Sport Sci.* 2012;30(9):949-952.
58. Proposition du Groupe de travail rassemblant l'ULiège, l'UCLouvain et l'ULB ; responsable du certificat interuniversitaire en activité physique santé et thérapie par l'exercice : <https://www.programmes.uliege.be/cocoon/20232024/formations/bref/MYAPST90.html>
59. Instruction interministérielle (Ministère des Affaires Sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports) n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique.
60. Webb J, Foster J, Poulter E. Increasing the frequency of physical activity very brief advice for cancer patients. Development of an intervention using the behaviour change wheel. *Public Health* (2016), 133, 45-56.
61. Stout NL, Silver JK, Alfano CM, Ness KK, Gilchrist LS. Long-Term Survivorship Care After Cancer Treatment: A New Emphasis on the Role of Rehabilitation Services. *Phys Ther.* 2019;99(1):10-13.
62. TACTIC: <https://www.cancer.be/tactic-project-tailored-activity-during-and-after-treatment-cancer-patients>
63. ONCOFit: <https://www.olvz.be/nl/oncorevalidatie/oncofit>
64. Moving Cancer Care : <https://www.arteveldhogeschool.be/nl/onderzoek/projecten/moving-cancer-care-meer-bewegen-bij-kanker>
65. MoveIN&OUT: [www.aalst.be/aalst-sport/project-move-in-out-versterkt-herstelproces-kankerpatienten](http://www.aalst.be/aalst-sport/project-move-in-out-versterkt-herstelproces-kankerpatienten)
66. Sport après cancer. Citoyen sportif, j'agis pour ma santé : [https://www.cancerologie.chuliege.be/jcms/c2\\_23834255/projet-citoyen-sportif](https://www.cancerologie.chuliege.be/jcms/c2_23834255/projet-citoyen-sportif)
67. Arem, H., et al., Physical activity and cancer-specific mortality in the NIH-AARP Diet and Health Study cohort. *International journal of cancer*, 2014. 135(2): p. 423-431.
68. Emery, C.F., et al., Determinants of physical activity among women treated for breast cancer in a 5-year longitudinal follow-up investigation. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2009. 18(4): p. 377-386.
69. Dennett, A.M., et al., Moderate-intensity exercise reduces fatigue and improves mobility in cancer survivors: a systematic review and meta-regression. *Journal of physiotherapy*, 2016. 62(2): p. 68-82.
70. Keogh, J.W. and R.D. MacLeod, Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 2012. 43(1): p. 96-110.
71. National Comprehensive Cancer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Cancer-related fatigue Version 1.2020. 2020. Available from: <https://www.nccn.org/>
72. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Survivorship Version 1.2020. 2020. Available from: <https://www.nccn.org/>
73. Baumann FT, Zopf EM, Bloch W. Clinical exercise interventions in prostate cancer patients--a systematic review of randomized controlled trials. *Support Care Cancer.* 2012;20(2):221-33.
74. Hwang JH, Chang HJ, Shim YH, Park WH, Park W, Huh SJ. Effects of Supervised Exercise Therapy in Patients Receiving Radiotherapy for Breast Cancer. *Yonsei Med J.* 2008;49(3):443-450.
75. Cheema, B.S., C.M. Fairman, and M. Marthick, Exercise professionals in the cancer center: experiences, recommendations, and future research. *Translational Journal of the American College of Sports Medicine*, 2019. 4(13): p. 96-105.
76. Hardcastle, S.J., et al., Knowledge, attitudes, and practice of oncologists and oncology health care providers in promoting physical activity to cancer survivors: an international survey. *Supportive Care in Cancer*, 2018. 26(11): p. 3711-3719.
77. Daley, A.J., et al., What advice are oncologists and surgeons in the United Kingdom giving to breast cancer patients about physical activity? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2008. 5(1): p. 1-4.
78. RECONNECT, talent blijft, ook na kanker! : <https://www.kanker.be/nieuws/reconnect-talent-blijft-ook-na-kanker>



