

METHODOLOGISCH RAPPORT RICHTLIJN ONCOLOGISCHE NAZORG IN DE EERSTE LIJN



Universiteit
Antwerpen



UNIVERSITÉ
LIBRE
DE BRUXELLES

Inhoudstafel

Stap 1. Literatuur Zoektocht	17
Selectiecriteria	17
Zoekstrategieën voor verschillende databanken	17
Klinische vraag I.1: Welke farmacologische interventies zijn nodig voor het management van de belangrijke lichamelijke klachten tijdens het revalidatietraject?.....	18
Klinische vraag I.2: Welke fysieke revalidatie interventies (manuele therapie, psychomotorische therapie, oefentherapie,) zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?	18
Klinische vraag I.3: Welke leefstijladviezen (beweging, voeding, slaap, beperkt alcoholgebruik, niet roken) zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?	18
Klinische vraag I.4: Welke psychosociale ondersteuning, zelfzorg en –management, stress-management, angstreductie ... zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?	19
Klinische vraag II. Op welke wijze dient de samenwerking te verlopen en welke afspraken dienen hierover te worden gemaakt tussen de verschillende zorgverleners betrokken bij de revalidatie van oncologiepatiënten om de uitkomst van het revalidatietraject te verbeteren?	24
Définition des concepts repris dans l'équation de recherche :.....	26
Critères d'inclusion	29
Critères d'exclusion	29
Bases de données consultées.....	29
Beoordeling van de geselecteerde richtlijnen met agree ii.....	31
Beoordeling van de geselecteerde SYSTEMATIC REVIEWS EN META-ANALYSES MET GRADE	32
Stap 2. Extractie aanbevelingen UIT bronrichtlijn en geselecteerde richtlijnen	33
STap 3. Beoordeling samenhang van de aanbevelingen met de onderbouwing	34
Stap 4. Aanvulling van de kernboodschappen met de gevonden evidentie uit de systematic reviews en meta-analyses.....	34
4.1. Déroulement	35
4.2. Matériel	36
4.3. Experts des focus groupes	37
Klinische vraag I.1: Welke farmacologische interventies zijn nodig voor het management van de belangrijke lichamelijke klachten tijdens het revalidatietraject?	41
KERNBOODSCHAPPEN MET GRADE UIT geselecteerde richtlijn NCCN SURVIVORSHIP	41
KERNBOODSCHAP 1 +	41
Kernboodschap 2 +	43

Kernboodschap 3 +.....	46
Kernboodschap 4 +.....	48
Kernboodschap 5 +.....	50
Kernboodschap 6 +.....	52
Kernboodschap 7 +.....	53
Kernboodschap 8 +.....	55
Kernboodschap 9 +.....	57
Kernboodschap 10 +.....	58
Kernboodschap 11 +.....	60
Kernboodschap 12 +.....	62
Kernboodschap 13 +.....	64
Kernboodschap 14 +.....	65
Kernboodschap 15 +.....	67
Kernboodschap 16 +.....	69
Kernboodschap 17 +.....	71
Kernboodschap 18 +.....	72
klinische vraag I.2: Welke fysieke revalidatie interventies (manuele therapie, psychomotorische therapie, oefentherapie,) zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?.....	75
KERNBOODSCHAPPEN UIT geselecteerde richtlijn NCCN SURVIVORSHIP	75
Kernboodschap 1 +.....	75
Kernboodschap 2 +.....	77
Kernboodschap 3 +.....	80
Kernboodschap 4 +.....	82
Kernboodschap 5 +.....	85
Kernboodschap 6 +.....	86
Kernboodschap 7 +.....	88
Kernboodschap 8 +.....	90
Kernboodschap 9 +.....	91
klinische vraag I.3: Welke leefstijladviezen (beweging, voeding, slaap, beperkt alcoholgebruik, niet roken) zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?	94

Kernboodschap 1 +.....	94
Kernboodschap 2 +.....	95
Kernboodschap 3 +.....	96
klinische vraag I.4: Welke psychosociale ondersteuning, zelfzorg en –management, stress-management, angstreductie ... zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?	97
Kernboodschap 1 +.....	97
Kernboodschap 2 +.....	99
Kernboodschap 3 +.....	101
Kernboodschap 4 +.....	103
Kernboodschap 1a.....	105
Kernboodschap 1b.....	106
Kernboodschap 5a.....	114
Kernboodschap 6b.....	116

INLEIDING

Dit methodologisch rapport beschrijft de stappen doorlopen voor de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn Oncologische nazorg in de eerste lijn (deel 1). Dit rapport beschrijft voornamelijk de stappen vanaf literatuuronderzoek tot de formulering van de aanbevelingen en de overwegingen die hierin hebben meegespeeld (dus vnl. m.b.t. de AGREE-domeinen "rigour of development" en "applicability").

Deze richtlijn werd deels de novo ontwikkeld en deels geadapteerd. Hiervoor werd de Adapte-methode gevolgd ¹. Er werd echter tegelijk naar bestaande richtlijnen en systematic reviews en meta-analyses gezocht.

Deze richtlijn startte met twee overkoepelende vragen:

- I. Welke biomedische en psychosociale (behandel)interventies dienen al dan niet te gebeuren om de uitkomst van het revalidatietraject bij oncologiepatiënten te verbeteren? Bij welke oncologiepatiënten (indicatiestelling) dienen deze interventies te gebeuren?
- II. Op welke wijze dient de samenwerking te verlopen en welke afspraken dienen hierover te worden gemaakt tussen de verschillende zorgverleners betrokken bij de revalidatie van oncologiepatiënten om de uitkomst van het revalidatietraject te verbeteren?

De vragen zijn door twee onderzoeksgroepen uitgewerkt en er zijn derhalve twee methodologische rapporten gemaakt: voor vraag I in het Nederlands, voor vraag II in het Frans.

AUTEURS EN MEDEWERKERS

De richtlijnontwikkelingsgroep (GDG), tevens auteurs van deze richtlijn bestaat uit een panel van academici, domeinspecifieke (klinische) en methodologische experts en patiëntenvertegenwoordigers. Leden van de GDG zijn:

Naam	Discipline	Affiliatie	Rol
------	------------	------------	-----

¹ Adapte omvat een aantal specifieke stappen: het zoeken naar richtlijnen en het beoordelen van hun kwaliteit, nagaan of de inhoud (aanbevelingen) overeenstemt met de geformuleerde klinische vragen, het beoordelen van de methodologische en klinische consistentie tussen de wetenschappelijke onderbouwing en de aanbevelingen, evalueren van de aanvaardbaarheid en toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische zorgsetting en ten slotte het selectief adapteren van de relevante aanbevelingen. Andere stappen (het formuleren van de klinische vragen, het updaten van de literatuur, het toetsen bij experts en eindgebruikers) verlopen conform de ontwikkeling van 'de novo'-richtlijnen. De te herziene richtlijn wordt ook steeds

- The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from <http://www.g-i-n.net>.

An De Groef	Kinesitherapeut, richtlijn review	Universiteit Antwerpen en KULeuven	Input in uitwerking vraag 1 en 2
Anne Bellens	Oncologisch gynaecologe	Gynaecologi e Anne Bellens - Lokeren	Advies over vraag 1 en 2
Benjamin Fauquert	Huisarts, methodoloog	Université Libre de Bruxelles	Methodologische ondersteuning projectgroep 2
Celine Mahieu	Socioloog	Université Libre de Bruxelles	Supervisie en uitwerking vraag 2
Fabian Defraigne	Socioloog	Université Libre de Bruxelles	Onderzoeksteam, uitwerking vraag 2
Gaetane Stassijns	Fysische geneeskunde en revalidatie	Universiteit Antwerpen	Advies over vraag 1
Hans Neefs	Beleidsmedewerker	Kom op tegen Kanker	Recrutering en ondersteuning patiënten in de GDG, inhoudelijk advies klinische vragen en implementatie
Ingrid Theunissen	Oncologisch gynaecologe	Clinique du sein, CHIREC- Delta	Advies over vraag 1 en 2
Johan Thibo	Patiënt		Patiënteninbreng
Johan Wens	Huisarts, methodoloog	Universiteit Antwerpen	Supervisie uitwerking literatuuronderzoe k vraag 1
Jolien Van Loven	Psychologe	MOCA-UZA	Advies over vraag 1 en 2
Josefien Van Olmen	Huisarts	Universiteit Antwerpen	Supervisie en uitwerking vraag 1 en 2 en implementatie

Karolien Van Puyenbroeck	Huisarts	Universiteit Antwerpen	Onderzoeksteam, uitwerking vraag 1
Kathy Delabye	Verpleegkundige	Université Catholique de Louvain	Ondersteuning vraag 2 en implementatie
Lode Godderis	Arbeidsarts	KULeuven	Advies over vraag 1 en 2
Lore Dams	Kinesitherapeut	UAntwerpen en KULeuven	Advies over vraag 1 en 2 en literatuuronderzoek vraag 1
Magali Mertens	Patiënt en coach	Travail et Cancer	Patiënten en zelfmanagement ondersteuning
Nadia Neutjens	Patiënt		Patiënteninbreng
Paul Van Royen	Huisarts, Gewoon hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Voorzitter vakgroep Huisartsgeneeskunde en Bevolkingsgezondheid	Universiteit Antwerpen	Lid kernteam, methodologisch expert
Rita Heeb	Patiënt		Patiënteninbreng
Sven De Keersmaecker	Verpleegkundige	MOCA-UZA	Ondersteuning vraag 1

Daarnaast werd een stakeholdersgroep samengesteld. Deze gaf tussentijds feedback op de aanbevelingen en gaf advies aangaande toepasbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen.

Leden van de stakeholdersgroep, hun functie en affiliatie :

Naam	Functie/expertise	Affiliatie
An Lebacqz	Expert Zorg en ondersteuning	Stichting tegen Kanker
Carolien Cavents	Thuisverpleegkundige	Wit Gele Kruis

Dimitri Vrancken	expert fysieke belasting en beweging bij herstel	Artevelde Hogeschool
Ellen Daly	psychosociale ondersteuning voor mensen met kanker	Cedric Hèle Instituut
Erika Vanhauwaert	Diëtiste	Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten, Hogeschool UCLL
Hans Neefs	Beleidsmedewerker	Kom op tegen kanker
Flore Herman	Projectmedewerker oncologie	UZ Gent
Ilse Weeghmans	professionalisering inbreng van patienten	Vlaams patiëntenplatform
Luc Van Leemput	Thuisverpleegkundige	Wit Gele Kruis
Marc Peeters	Oncoloog	College van oncologen
Mieke Van Croonenburg	Nationale werkgroep oncorevalidatie	Stichting tegen kanker
Nele Adriaenssens	Kinesist	Axxon
Patricia De Vriendt	participatie en functioneren in revalidatie	UGent
Sigrid Brisack	Mantelzorg en ondersteuning	Aidants proches
Stijn De Baets	Ergotherapeut	Beroepsvereniging Ergotherapie Vlaanderen
Stijn Van Holle	Wetenschappelijke vereniging huisartsen Vlaanderen	Domus Medica
Therese Van Durme	Koepelorganisatie eerste lijn Wallonië	Behive
Sarah Van Holder	Diëtiste	Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten

Patienteninbreng

In de GDG zijn drie mensen die de patiënten inbreng waarborgen. Zij zijn geselecteerd door de Stichting Kom Op Tegen Kanker, en zij kregen voorafgaand aan het proces en aan elke GDG uitleg over de agenda en inhoud. Dit was bedoeld om een volwaardige inbreng in de GDG te verzekeren. Inderdaad hebben deze leden actief bijgedragen aan de GDG discussies. Hun inbreng is dus een geïntegreerd onderdeel van de aanbevelingen. Ook bij de update van een nieuwe richtlijn zal dit belangrijk zijn.

Conflict of Interest

The members of the GDG and the stakeholders were all requested to complete a Conflict of Interest form. Two members of the GDG did not return a COI: Magali Mertens and Ingrid Theunissen. They will not be listed in the author list of the guideline. The following members of the stakeholder list did not return a COI: Ellen Daly, Flore Herman, Ilse Weeghmans, Sigrid Brisack, Sarah Van Holder, Carolien Cavents, Marc Peeters, Mieke Van Croonenburg, Stijn De Baets and Stijn Van Holle. One member of the GDG has requested to

DOEL, POPULATIE, BEOOGDE GEBRUIKERS (ITEM 1, 3 en 6 AGREE)

Deze multidisciplinaire richtlijn heeft tot doel om zorgverleners en patiënten te ondersteunen bij het nemen van beslissingen over de meest geschikte nazorg en revalidatie bij (ex)kankerpatiënten.

Deze richtlijn is van toepassing op niet-gehospitaliseerde kankerpatiënten die de curatieve behandeling voor kanker afgerond hebben (hormoontherapie en immunotherapie mag wel nog lopende zijn). De aanbevelingen gelden voor patiënten met een levensverwachting langer dan 1 jaar.

Deze richtlijn is bedoeld voor gebruik in de Belgische (eerstelijns)gezondheidszorg door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg van oncologische patiënten na ontslag uit het ziekenhuis en bij de verdere opvolging ervan in samenwerking met de respectievelijke orgaanspecialisten en gespecialiseerde diensten oncologie: huisartsen, apothekers, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, osteopaten, psychologen, verpleegkundigen, verzorgenden, arbeidsgeneeskundigen, maatschappelijk assistenten, case managers, revalidatieartsen, fysisch geneeskundigen, oncologen, zorgcoördinatoren en andere zorgverleners/zorgprofessionals die instaan voor de zorg in de nazorgfase van oncologische patiënten.

- I. Welke biomedische & psychosociale (behandel)interventies om de uitkomst van het revalidatietraject bij oncologiepatiënten te verbeteren?

Vertrekkend vanuit volgende algemene PIPOH: aanpassen aan wijzigingen in RL

P(opulation of interest)	Mensen met kanker die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden)
I(ntervention(s) of interest)	Biomedische interventies Psychosociale interventies
P(rofessionals targeted)	<u>Zorg- en hulpverleners in de eerstelij:</u> Huisartsen, apothekers paramedici: ergotherapeuten, diëtisten, kinesitherapeuten en andere aanverwante beroepen psychologen informele zorgverleners en beroepsmatige verzorgenden (bvb huishoudhulp, zorgkundigen) thuisverpleegkundigen, palliatieve verpleegkundigen arbeidsgeneeskundigen, revalidatieartsen, fysisch geneeskundigen maatschappelijk assistenten, case managers, zorgcoördinatoren <u>Zorgverleners in de tweede lijn:</u> Oncologen en relevante medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, oncopsychologen
O(utcome and endpoints of interest)	Ervaren pijn, ervaren moeheid Lichamelijk functioneren Mentaal welbevinden: ervaren stress, angst, depressie Wellbevinden/kwaliteit van leven Dagelijkse activiteiten, re-integratie werk, participatie in samenleving

werden in samenspraak met de begeleidingscommissie, de GDG en de auteurs volgende 5 klinische subvragen en PICO's in consensus weerhouden:

- I.1. Welke farmacologische interventies zijn nodig voor het management van de belangrijke lichamelijke klachten tijdens het revalidatietraject?

P: Mensen met kanker die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden)

I: medicamenteuze interventies

C: geen medicamenteuze interventies

O: pijn, vermoeidheid, angst, depressie

1.2. Welke fysieke revalidatie interventies zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?

P: Mensen met kanker die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden)

I: fysieke revalidatie interventies

C: vergelijkende of referentie interventie (evt usual care of minimale revalidatie)

O: fysieke functie, pijn, angst, vermoeidheid, depressie, HR-QOL, cardiopulmonaire functie

1.3. Welke leefstijladviezen zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?

P: Mensen met kanker die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden)

I: leefstijladviezen (in consult of begeleidingstraject)

C: vergelijkende of referentie interventie (evt usual care of geen interventie)

O: fysieke functie, pijn, angst, vermoeidheid, depressie, HR-QOL, ervaren stress

I.4. Welke psychosociale ondersteuning, zelfzorg en –management zijn aangewezen bij oncologiepatiënten tijdens de verschillende fasen van de nazorg?

P: Mensen met kanker die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden)

I: psychosociale ondersteuning, zelfzorg en –management

C: vergelijkende of referentie interventie (evt usual care of geen interventie)

O: angst, depressie, vermoeidheid, HR-QOL, fysieke functie, pijn, acceptatie, zingeving

I.5. Hoe kan cognitieve educatie en cognitieve gedragstherapie bijdragen aan een verbetering van de nazorg van oncologiepatiënten?

Deze 5^{de} deel vraag had een zeer grote overlap ,et het onderzoekswerk dat dat werd verricht in het [BePRO project](#), De ontwikkeling en een plan voor de implementatie van 'Belgian Psychosocial Recommendations and guidelines Oncology'. In onderling overleg met de stuurgroepleden van beide projecten werd besloten dat BEPRO de input voor deelvraag 5 zou leveren. Onverwacht is de BEPRO project tot een voortijdig einde gekomen, zonder resultaten. Dit gebeurde te laat in de tijdsspanne van de ontwikkeling van de huidige richtlijn. Deze richtlijn laat dus voorlopig een lacune op deze deelvraag staan. Wel is na overleg met de GDG besloten om te verwijzen naar bestaande documentatie over psychologische therapie voor mensen met kanker.

- II. Op welke wijze dient de samenwerking te verlopen en welke afspraken dienen hierover te worden gemaakt tussen de verschillende zorgverleners betrokken bij de revalidatie van oncologiepatiënten om de uitkomst van het revalidatietraject te verbeteren?

P(opulation of interest)	Mensen met kanker die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden)
I(ntervention(s) of interest)	Instrumenten en procedures voor samenwerking tussen zorgverleners
P(rofessionals targeted)	<u>Zorg- en hulpverleners in de eerstelijns:</u> Huisartsen, apothekers paramedici: ergotherapeuten, diëtisten, kinesitherapeuten en andere aanverwante beroepen psychologen informele zorgverleners en beroepsmatige verzorgenden (bvb huishoudhulp, zorgkundigen) thuisverpleegkundigen, palliatieve verpleegkundigen arbeidsgeneeskundigen, revalidatieartsen, fysisch geneeskundigen maatschappelijk assistenten, case managers, zorgcoördinatoren <u>Zorgverleners in de tweede lijn:</u> Oncologen en relevante medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, oncopsychologen
O(utcome and endpoints of interest)	Verbetering van de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners Tegemoetkoming van de medische en psychosociale noden van de patiënt Tegemoetkoming aan de noden van de zorgverleners Verbetering van toegang tot zorg voor kwetsbare groepen Deelname van patiënten in beslissingen

Na dit proces werden in samenspraak met de begeleidingscommissie, de GDG en de auteurs volgende klinische subvragen en PICO's in consensus weerhouden:

- II.1. Quels sont les outils et procédures permettant d'identifier les priorités et objectifs communs ?
- II.2. Quels sont les outils et procédures permettant de se répartir les tâches et fonctions entre professionnels ?
- II.3. Quels sont les outils et procédures permettant d'institutionnaliser la collaboration ?
- II.4. Quels sont les outils et procédures permettant la coordination ?

II.5. Quels sont les outils et procédures permettant de donner accès à l'information ?

II.6. Quels sont les outils et procédures permettant d'acquérir des compétences en collaboration ?

P: Prestataires de 1^{re} ligne (médecins généralistes, pharmaciens, kinés, ergothérapeutes, diététiciens, ostéos, psychologues, aides-soignantes, aides familiales/auxiliaires de vie, infirmières de soins primaires, infirmières de soins palliatifs ambulatoires, soins sociaux : médecins du travail, assistants sociaux, case manager, disability managers, médecine physique, revalidation, médecines non conventionnelles) et de 2^{ème} ligne (oncologues, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, coordinateurs de soins oncologiques) impliqués dans l'accompagnement des patients oncologiques en première ligne, dont les patients vulnérables

I: , procédures, outils permettant de :

1. Identifier des objectifs communs
2. Se répartir les tâches et fonctions entre professionnels
3. Institutionnaliser la collaboration
4. Coordonner
5. Donner accès à l'information
6. Acquérir des compétences en collaboration

C:

1. Absence d'identification des priorités et objectifs communs
2. Absence de répartition des tâches et fonctions
3. Absence d'outils ou procédures de formalisation entre structures
4. Soins biomédicaux monodisciplinaires
5. Absence d'outils donnant accès à l'information aux patients
6. Absence d'outils donnant accès à l'information aux différents prestataires impliqués

O: Besoins physiques et psychologiques des patients : douleur ressentie, fatigue ressentie, anxiété, dépression, réduction des réhospitalisations

Besoins sociaux des patients : insertion professionnelle des patients, participation des patients aux activités quotidiennes, participation des patients à la vie sociale, satisfaction à l'égard de la vie sexuelle et affective, qualité de vie, satisfaction du patient

Besoins des professionnels : amélioration de la collaboration entre prestataires, diminution du burn-out des professionnels, satisfaction des professionnels au travail, meilleure connaissance des rôles respectifs des professionnels, motivation des professionnels, gestion des conflits des professionnels, capacité à innover des professionnels

Réduction des inégalités sociales de santé : accès aux prestations, acceptation des traitements proposés, coût des prestations pour le patient, participation des patients à la décision

Amélioration de la collaboration entre prestataires

Participation des patients à la décision

UITKOMSTMATEN

Via een survey werd aan alle GDG leden en stakeholders gevraagd om de verschillende outcomes zoals geformuleerd in de PICO te scoren naar belangrijkheid met een score van 1 tot 9, voor elke deelvraag. Dit gebeurde na een discussie, waarin de ervaringsdeskundigen een zeer actieve input hadden.

Score 7-9: kritische uitkomstmaat

Score 4-6: belangrijke uitkomstmaat

Score 1-3: onbelangrijke uitkomstmaat

Bijna alle uitkomstmaten scoorden belangrijk tot kritisch voor de verschillende vragen.

Voor deel 1:

Voor de subvraag 'biomedische noden' scoorden de uitkomsten pijn en vermoeidheid mediaan een 8, angst en depressie een 7.

Voor de subvraag 'fysieke revalidatie' scoorde outcome QOL het hoogst met een mediane score van 9, gevolgd door een 8 voor fysieke functie en pijn en een 7 voor angst, vermoeidheid, depressie en cardiopulmonair functioneren.

Voor subvraag 'leefstijl' scoorden fysieke functie, QOL en ervaren stress het hoogst met een mediane score van 8, de andere uitkomsten pijn, vermoeidheid, angst en depressie scoorde 7.

Voor de subvraag 'psychosociale ondersteuning' scoorden angst en acceptatie mediaan een 8, de andere outcomeparameters (vermoeidheid, pijn, depressie, QOL, zingeving) allemaal 7.

Voor deel 2:

Voor de subvraag 'gemeenschappelijke prioriteiten en doelen' scoorden de uitkomsten pijn, vermoeidheid, angst en depressie mediaan een 7 voor de noden van de patiënt. Wat de noden van de professionals betreft, scoorden een betere samenwerking van de verschillende zorgverleners en een betere kennis van de rollen van de verschillende professionals het hoogst met mediaan een 7. Wat de sociale noden van de patiënt betreft scoorden de verschillende subitems allemaal mediaan een 7. Ook gedeelde besluitvorming en toegang tot de resultaten scoren mediaan 7.

Voor de subvraag 'taakverdeling', 'institutionaliseren van de samenwerking', 'coördinatie van taken' en toegang tot informatie' scoorde uitkomstmaat pijn het hoogst met een mediane score van 7 voor de noden van de patiënt. Voor de sociale noden van de patiënt scoorden alle subitems hoog met een mediane score van 7 of meer. Wat de noden van de professionals betreft zijn het de samenwerking en de voldoening in het werk die het hoogst scoren met een mediane score van 8. Ook gedeelde besluitvorming scoorde hoog met 7. Voor de subvraag 'verwerven van samenwerkingsvaardigheden' zijn het de

items 'betere niveau van samenwerken' en 'betere kennis van de verschillende rollen' die het hoogst scoren met een mediane score van 7.

*De resultaten van de survey zijn terug te vinden in **Bijlage 1 – Resultaten survey prioritering uitkomstmaat***

METHODE: ZOEKTOCHT NAAR RICHTLIJNEN EN SYSTEMATIC REVIEWS EN META-ANALYSES

STAP 1. LITERATUUR ZOEKTOCHT

In maart 2022 werd gezocht naar relevante richtlijnen en systematic reviews/meta-analyses.

De zoekstrategie was gericht op het vinden van (internationale) richtlijnen en reviewartikels die een antwoord gaven op de klinische vragen met het oog op hun adaptatie naar de Belgische context. De in- en exclusiecriteria waren:

SELECTIECRITERIA

Inclusiecriteria

- Populatie: Mensen met kanker die de curatieve behandeling voor kanker afgerond hebben (hormoontherapie, immunotherapie mag nog lopende zijn), niet-gehospitaliseerd, ambulant, palliatieve patiënten met levensverwachting langer dan 1 jaar
- Interventie: medicamenteuze interventie, fysieke revalidatie, leefstijladviezen (in consult of begeleidingstraject), psychosociale ondersteuning, zelfzorg en -management, stress-management, angstreductie
- Publicatiedatum: 2007-2022
- Publicatietaal: Engels, Nederlands, Frans en Duits
- Design: guidelines with a generic scope on [oncorehabilitation](#), Systematic reviews en meta-analyses.

Exclusiecriteria

- Populatie: Mensen met kanker tijdens de curatieve behandeling, palliatieve patiënten met een levensverwachting korter dan 1 jaar
- Publicatiedatum: ouder dan 2007
- Setting: gespecialiseerde zorg
- Publicatietaal: alle andere talen
- Design: alle andere designs

ZOEKSTRATEGIEËN VOOR VERSCHILLENDE DATABANKEN

In de GIN databank met richtlijnen waren wel richtlijnen beschikbaar voor specifieke soorten kanker (bv borstkanker), maar geen generieke richtlijnen voor nazorg voor mensen met kanker. Onderstaande tabellen geven een overzicht van het aantal gevonden resultaten per databank.

KLINISCHE VRAAG I.1: WELKE FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES ZIJN NODIG VOOR HET MANAGEMENT VAN DE BELANGRIJKE LICHAAMELIJKE KLACHTEN TIJDENS HET REVALIDATIETRAJECT?

Databank	Zoekdatum	Resultaten
Pubmed	25/4/2022	18483
Medline via Ovid	25/4/2022	17440
Embase	25/4/2022	55078 (+4 referenties die niet geëxtraheerd konden worden (other designs) + 34483 conference abstracts)
Web of science	25/4/2022	18773
Scopus	25/4/2022	51492
ERIC	25/4/2022	15
Sociological abstracts	25/4/2022	47

KLINISCHE VRAAG I.2: WELKE FYSIEKE REVALIDATIE INTERVENTIES (MANUELE THERAPIE, PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE, OEFENTHERAPIE,) ZIJN AANGEWEEZEN BIJ ONCOLOGIEPATIËNTEN TIJDENS DE VERSCHILLENDE FASEN VAN DE NAZORG?

Databank	Zoekdatum	Resultaten
Pubmed	25/4/2022	3253
Medline via Ovid	25/4/2022	2314
Embase	25/4/2022	8123
Web of science	25/4/2022	7500
Scopus	25/4/2022	7523
ERIC	25/4/2022	12
Sociological abstracts	25/4/2022	60

KLINISCHE VRAAG I.3: WELKE LEEFSTIJLADVIEZEN (BEWEGING, VOEDING, SLAAP, BEPERKT ALCOHOLGEBRUIK, NIET ROKEN) ZIJN AANGEWEEZEN BIJ ONCOLOGIEPATIËNTEN TIJDENS DE VERSCHILLENDE FASEN VAN DE NAZORG?

Databank	Zoekdatum	Resultaten
Pubmed	25/4/2022	2088
Medline via Ovid	25/4/2022	1787
Embase	25/4/2022	4431

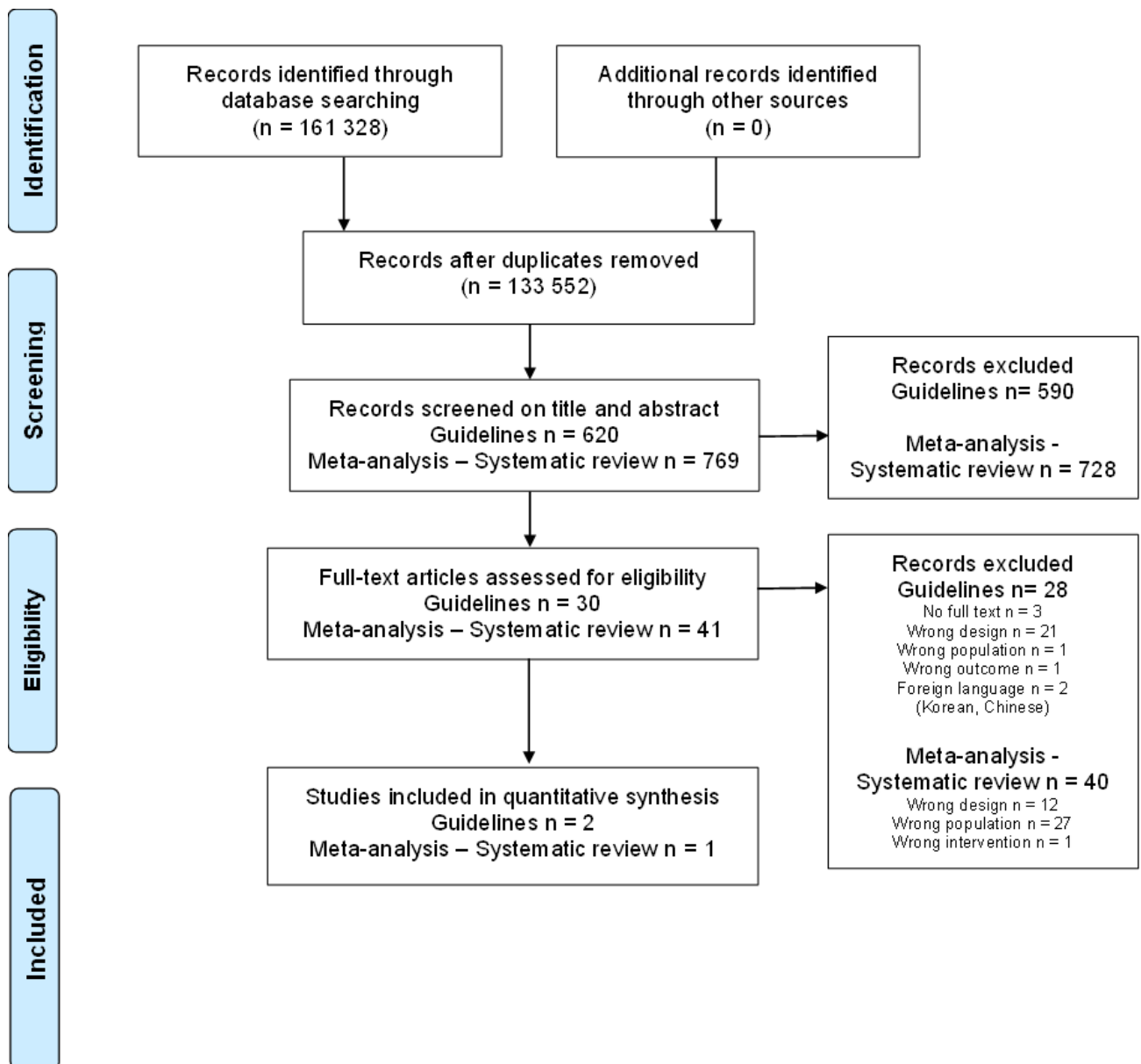
Web of science	25/4/2022	481
Scopus	25/4/2022	1076
ERIC	25/4/2022	8
Sociological abstracts	25/4/2022	28

**KLINISCHE VRAAG I.4: WELKE PSYCHOSOCIALE ONDERSTEUNING, ZELFZORG EN –
MANAGEMENT, STRESS-MANAGEMENT, ANGSTREDUCTIE ... ZIJN AANGEWEEZEN BIJ
ONCOLOGIEPATIËNTEN TIJDENS DE VERSCHILLENDE FASEN VAN DE NAZORG?**

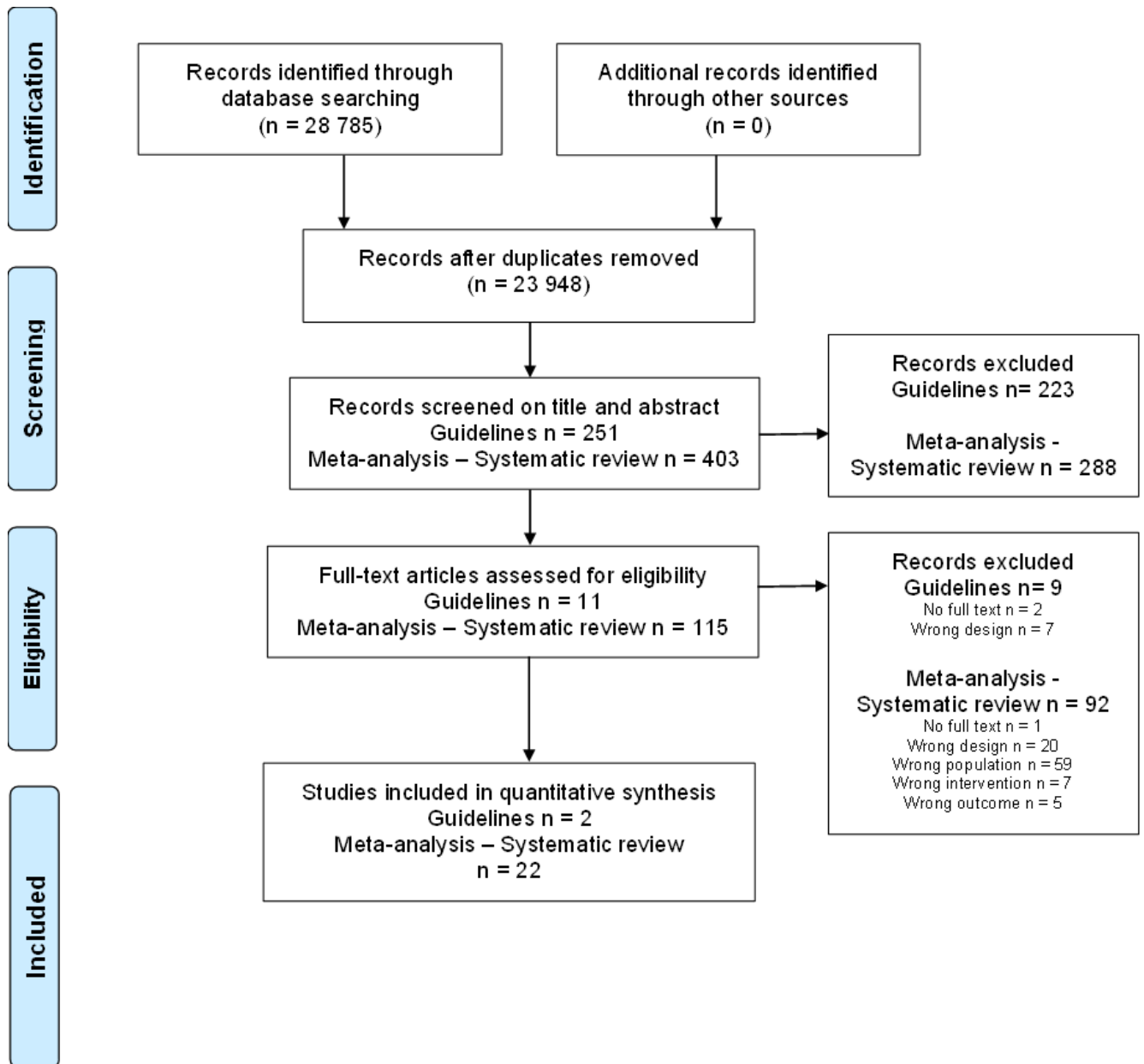
Databank	Zoekdatum	Resultaten
Pubmed	25/4/2022	1796
Medline via Ovid	25/4/2022	1511
Embase	25/4/2022	3884
Web of science	25/4/2022	2781
Scopus	25/4/2022	3917
ERIC	25/4/2022	8
Sociological abstracts	25/4/2022	20

*Een uitgebreide zoekstrategie in de verschillende databanken voor de verschillende klinische vragen: **zie Bijlage 2 – Zoekstrategie verschillende databanken.***

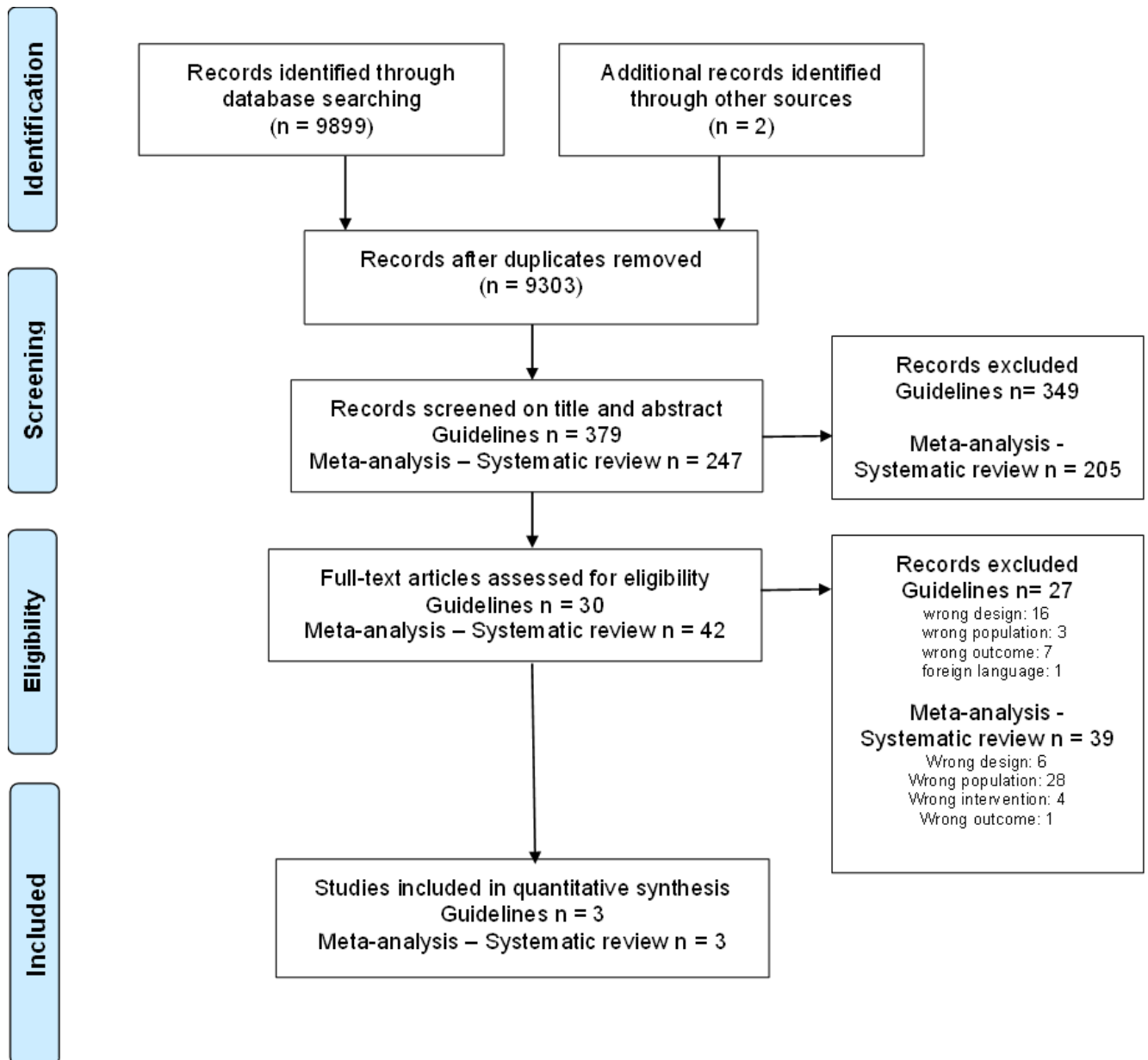
De zoektocht voor vraag 1 leverde 161 328 artikels op, waarvan 17% dubbels (n=27 776). Na een eerste selectie op design werden 620 guidelines en 769 meta-analyses en systematic reviews weerhouden om te screenen op titel en abstract. Op basis hiervan werden vervolgens 30 guidelines en 42 meta-analyses en systematic reviews weerhouden om te screenen op full text. Waarna 28 guidelines en 41 systematic reviews werden uitgesloten. Zodoende kwamen 2 richtlijnen in aanmerking voor toetsing van de AGREE en 1 guideline voor toetsing via GRADE. (zie verder)



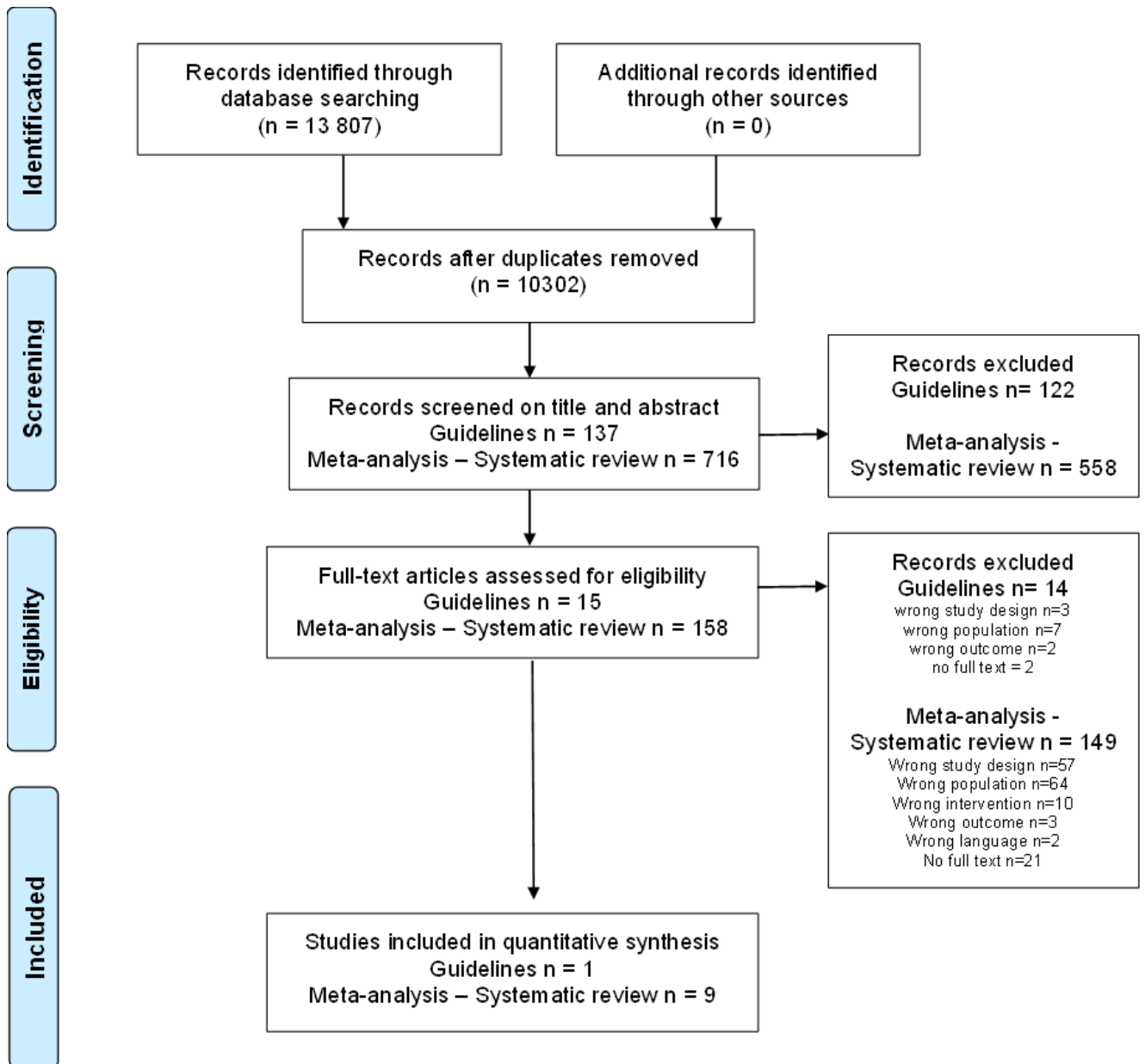
De zoektocht voor vraag 2 leverde 28 785 artikels op, waarvan 17% dubbels (n= 4837). Na een eerste selectie op design werden 251 guidelines en 403 meta-analyses en systematic reviews weerhouden om te screenen op titel en abstract. Op basis hiervan werden vervolgens 11 guidelines en 115 meta-analyses en systematic reviews weerhouden om te screenen op full text. Waarna 9 guidelines en 92 systematic reviews werden uitgesloten. Zodoende kwamen 2 richtlijnen in aanmerking voor toetsing van de AGREE en 22 systematic reviews voor toetsing via GRADE. (zie verder)



De zoektocht voor vraag 3 leverde 9899 artikels op, waarvan 6% dubbels (n= 598). Na een eerste selectie op design werden 379 guidelines en 247 meta-analyses en systematic reviews weerhouden om te screenen op titel en abstract. Op basis hiervan werden vervolgens 30 guidelines en 42 meta-analyses en systematic reviews weerhouden om te screenen op full text. Waarna 27 guidelines en 39 systematic reviews werden uitgesloten. Zodoende kwamen 3 richtlijnen in aanmerking voor toetsing van de AGREE en 3 systematic reviews voor toetsing via GRADE. (zie verder)



De zoektocht voor vraag 4 leverde 13 807 artikels op, waarvan 25% dubbels (n= 3505). Na een eerste selectie op design werden 137 guidelines en 716 meta-analyses en systematic reviews weerhouden om te screenen op titel en abstract. Op basis hiervan werden vervolgens 15 guidelines en 158 meta-analyses en systematic reviews weerhouden om te screenen op full text. Waarna 14 guidelines en 149 systematic reviews werden uitgesloten. Zodoende kwamen 1 richtlijn in aanmerking voor toetsing van de AGREE en 9 systematic reviews voor toetsing via GRADE. (zie verder)



KLINISCHE VRAAG II. OP WELKE WIJZE DIENT DE SAMENWERKING TE VERLOPEN EN WELKE AFSPRAKEN DIENEN HIEROVER TE WORDEN GEMAAKT TUSSEN DE VERSCHILLENDE ZORGVERLENERS BETROKKEN BIJ DE REVALIDATIE VAN ONCOLOGIEPATIËNTEN OM DE UITKOMST VAN HET REVALIDATIETRAJECT TE VERBETEREN?

CONCEPTS ET MOTS-CLES

Afin de répondre aux questions cliniques, 3 concepts ont été mis en évidence, à savoir :

1. Collaborer / communiquer / s'échanger des connaissances / éduquer / former / informer
2. Professionnels 1ère ligne / professionnels 2ème ligne
3. Cancer

Les outcomes n'ont pas été repris dans les mots-clés permettant d'établir les équations de recherches car le nombre d'article trouvé dans les bases de données était alors beaucoup trop réduit.

En effet peu d'articles sont aujourd'hui à même de répondre aux questions que nous nous posons ici en tenant compte des résultats sur les besoins biomédicaux et psychosociaux des patients ainsi que sur les besoins des professionnels de l'aide et des soins.

Les concepts ainsi sélectionnés ont ensuite été recherchés dans le thésaurus international de medline, le thésaurus Emtree (Embase), ainsi qu'en langage courant afin de définir l'ensemble des termes nécessaires à notre recherche et uniformiser la recherche effectuée à travers les différentes bases de données utilisées.

Collaborer / communiquer / s'échanger des connaissances / éduquer / former / informer		
mesh	Emtree	APA - PsycInfo
cooperative behavior/	Cooperative behavior/exp	/
Intersectoral Collaboration/	Intersectoral Collaboration intersectoral cooperation	/
interdisciplinary communication/	interdisciplinary communication interpersonal communication	Interpersonal interaction/ interpersonal communication/
Exp. interprofessional relations/	interprofessional relations	/
Delivery of Health Care , Integrated/	integrated health care system collaborative care multidisciplinary care	Delivery of Health Care/ integrated health care/
interprofessional education/	interprofessional education	Collaborative Learning/
Professionnels 1ère ligne / professionnels 2ème ligne		
Family Practice/ General Practice/ Primary Health Care	General Practice Primary Health Care	/
general practitioners/ physicians, family/ physicians, primary care/	general practitioners family doctor	family physician/ family medicine/ general practitioner/
Family practice/ general practice/ primary health care/		
community medicine/	community medicine	/
Pharmacists/	Pharmacist	Pharmacist/
Occupational Therapists/	Occupational Therapist	Occupational Therapist/
Nutritionists/	Dietitian Dietician	/
Exp Medical staff/	Medical staff Hospitalist	medical personnel/

Collaborer / communiquer / s'échanger des connaissances / éduquer / former / informer		
Psychotherapists/	Psychotherapist Psychologist mental health care personnel	Psychotherapist / Psychologist/ mental health personnel/ psychiatric hospital staff/ psychiatric social worker/

DÉFINITION DES CONCEPTS REPRIS DANS L'ÉQUATION DE RECHERCHE :

CONCEPT 1 : Collaborer / communiquer / s'échanger des connaissances / éduquer / former / informer

Les pratiques collaboratives « se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins »¹.

Cette définition pouvant paraître abstraite, une étude qualitative a été menée auprès de formateurs/trices en santé pour récolter leur vision de la collaboration interprofessionnelle.² La vision générale qui en sort est « [Une] mise en commun à la fois d'expertises et de connaissances en vue de planifier des actions ciblées » permettant « des ajustements et des adaptations des interventions. ». Il s'agirait également d'un savoir-être qui comprend les compétences en communications et la connaissance de soi-même, de nos propres limites et ignorances. La communication inclut la qualité de l'écoute et la capacité à accueillir la parole de l'autre. La connaissance de soi-même. La collaboration serait également un outil permettant de créer et de remettre en question des pratiques habituelles. « C'est être en dehors des guidelines, en dehors du prescrit, en dehors des procédures, quand nous ne sommes pas en train de faire autre chose que d'optimiser le travail. Mais le produit doit être quelque chose de nouveau »

CONCEPT 2 : professionnels 1ère ligne / professionnels 2ème ligne

« Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. » (A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY: TOWARDS UNIVERSAL HEALTH COVERAGE AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS, copublié par l'OMS et l'UNICEF)

Les soins de deuxième ligne sont définis comme étant des "services de santé spécialisés, pour les problèmes de santé complexes, qui s'appuient sur une infrastructure adaptée ainsi que sur une technologie diagnostique lourde mais répandue et qui ne sont souvent offerts qu'à l'échelon régional parce qu'ils exigent un bassin de population important. » (www.thesaurus.gouv.qc.ca). Les professionnels concernés sont les spécialistes exerçant en cabinet et à l'hôpital et les professionnels hospitaliers.

CONCEPT 3 : cancer

« Le mot « cancer » est un terme générique désignant un large groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes et de néoplasmes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent ensuite envahir des parties voisines de l'organisme, puis migrer vers d'autres organes. On parle alors de métastases. La présence de métastases étendues est la principale cause de décès par cancer. » WHO (2022).

Dans les bases de données bibliographiques, les tumeurs solides et les tumeurs du sang sont distinguées. Pour rechercher l'ensemble des cancers, les deux types de mots-clés doivent être repris.

LIMITES DE RECHERCHE

- Langue : Anglais, français, allemand, néerlandais
- Période : entre 2007 et 2022
- Type d'article : meta-analyses, revues systématiques, études de cohorte, RCT et études qualitatives

EQUATIONS DE RECHERCHE

- L'équation de recherche dans Pubmed est la suivante. Les équations similaires dans Embase® et PsycInfo® sont disponibles sur demande.
-
- Cooperative Behavior OR Intersectoral Collaboration OR Intersectoral Cooperation OR cross disciplinary communication* OR cross-disciplinary communication* OR interdisciplinary communication* OR multidisciplinary communication* OR interprofessional relation OR nurse-physician relation* OR physician-nurse relation* OR nurse physician relation* OR interprofessional collaboration OR integrated health care OR collaborative care OR multidisciplinary care OR interprofessional education OR collaboration learning OR transfer learning OR meta-learning OR cooperative learning
- AND primary healthcare OR primary w/1 care OR general practi* OR family physician OR family doctor OR family medicine OR family practi* OR community medicine OR pharmacist OR Occupational Therapist OR rehabilitation physician OR nutritionist OR dietitian OR dietician OR Medical staff OR hospital attending physician OR hospitalist OR medical personnel OR Psychotherapist OR Psychologist OR Psychological therapist OR Psychological practitioner OR Mental health worker OR Mental health professional OR psychiatric hospital staff OR psychiatric social worker OR Mental health personnel OR oncologist OR occupational medicine OR nurse OR nursing OR Health personnel OR Healthcare Worker OR healthcare provider OR health care

provider OR Health professional OR care team OR kinesitherapist OR physiotherapist OR physical therapist OR disability manager OR Home care aide OR Home health aide OR osteopath* OR Social Worker OR field worker OR caregiver OR care giver OR Case Manager OR Phytotherapist OR Acupuncturist OR Homeopath OR Naturopath OR sophrologist OR massage therapist OR complementary therapies OR non-conventional therapy OR non-conventional medicine OR Alternative medicine OR aromatherapy OR palliative care OR palliative therapy OR gatekeeping OR secondary care OR tertiary healthcare OR tertiary care

- AND neoplasm OR cancer OR oncology OR tumor OR tumour OR leukemias OR hematological malignanc* OR Hematopoietic malignanc*
- AND LIMIT TO LANGUAGE: English, German, French, Dutch

STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

CRITÈRES D'INCLUSION

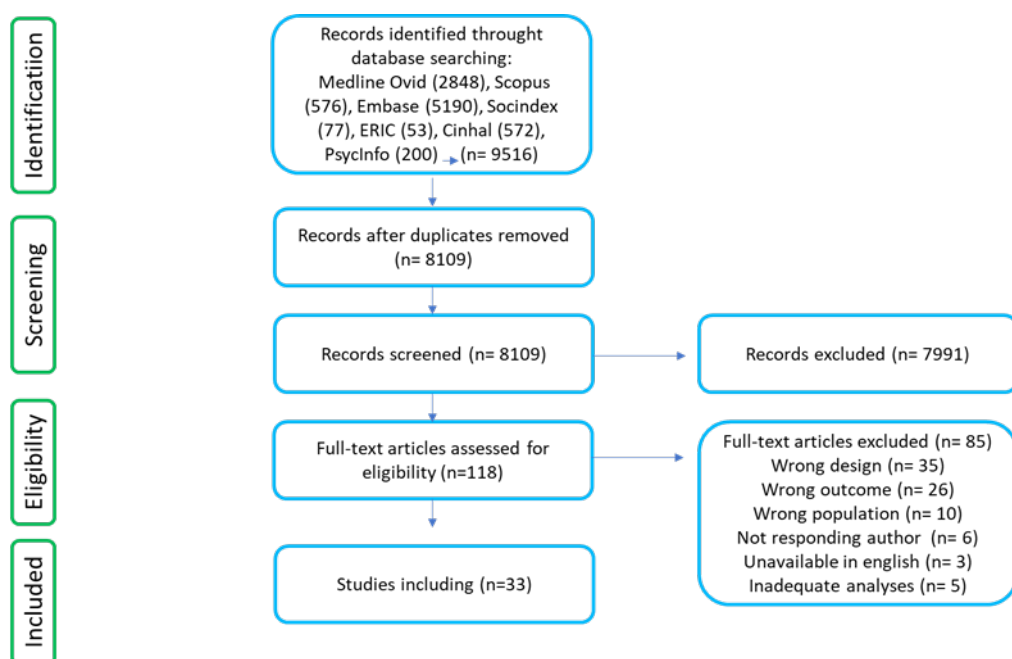
- Etudes menées dans les pays de l'OCDE (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Colombie, Corée, Costa Rica, Danemark, Espagne, Estonie, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Slovaque, République Tchèque, Royaume Unie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie)
- Revues accessibles via la bibliothèque de l'ULB et de l'ULiège.
- Langues : français, anglais et néerlandais
- L'intégralité des études retrouvées dans la littérature sont qualitatives et ne font pas d'évaluation comparative.

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Articles qui ne font pas état d'un résumé
- Etudes menées hors des pays de l'OCDE (nous supposons que les systèmes de santé hors pays OCDE s'éloignent trop du modèle Belge)
- Autres langues que l'anglais, le français et le néerlandais
- La littérature étant assez pauvre, aucun type de publication/méthodologie particulière n'a été a priori exclue. Seuls les articles avec une absence de méthodologie décrite ou une méthodologie très lacunaire ont été exclus. Hors sujet : ne répond à aucune des 6 questions. This can be because the method is not explicated, the interventions, outcomes of population don't match with the 6 questions. Mauvaise population : autre que les personnes en suivi de cancer (expl : dépistage du cancer, VIH etc...) ; exclusivement hors des soins primaires

BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

- MEDLINE/Ovid
- APA PsycINFO
- Embase
- CINAHL
- ERIC
- Scopus
- Socindex
- Google scholar



NB Error correction: 8109 should be 8091. In the first step, we did not limit ourselves to 2007-2022.

Le nombre d'articles répondant à chacun des thèmes est :

- Evaluer les besoins et les objectifs communs (9)
- Se répartir les tâches et fonctions entre professionnels (21)
- Institutionnaliser la collaboration (7)
- Coordonner (10)
- Donner accès à l'information (18)
- Acquérir des compétences en collaboration (11)

Nous pouvons dès lors remarquer qu'un seul article peut répondre à plusieurs de nos questionnements. Les éléments éclairant ces derniers n'étaient pas toujours l'objet central de l'étude ce qui a rendu la cotation des articles à l'aide d'une échelle (expl : CASP) impossible.

De geselecteerde internationale richtlijnen:

1. Loprinzi 2020
2. NCCN Survivorship
3. Bower
4. Campbell
5. NCCN – CRF
6. IKNL Rehabilitation
7. Cohen
8. Howell

De 8 op titel geselecteerde richtlijnen werden onderworpen aan een beoordeling met AGREE II per klinische vraag en per outcome. Deze bleken consistent te zijn over de verschillende vragen en uitkomstparameters.

De AGREE II beoordeling werd gedaan door 2 onafhankelijke onderzoekers. Bij grote verschillen in beoordeling werd in overleg consensus bereikt.

*De resultaten van de AGREE zijn terug te vinden in **Bijlage 3a AGREE-Q1 - Bijlage 3b AGREE-Q2 - Bijlage 3c AGREE-Q3 - Bijlage 3d AGREE-Q4***

Hieronder de scores van de volledige AGREE II-beoordeling:

	Loprinzi	NCCN Survivorship	Bower	Campbell	NCCN-CRF	IKNL Rehabilitation	Cohen	Howell
Onderwerp en doel	20	15	21	11	16	12	18	16
Betrokkenheid van belanghebbenden	17	13	12	4	12	16	18	17
Methodologie	50	41	18	35	35	35	45	36
Helderheid en presentatie	18	20	13	17	19	9	16	8
Toepassing	13	23	6	16	21	12	16	11
Onafhankelijkheid van opstellers	8	9	9	5	12	11	10	12

Aangezien de NCCN richtlijn als goed en recent geëvalueerd werd, werd ervoor gekozen om deze te gebruiken in de Adapte procedure, aangevuld met de richtlijn van Campbell specifiek voor uitkomstmaat QOL bij vraag 2

Fysieke revalidatie, aangezien deze outcome niet opgenomen is in de NCCN richtlijn.

Definitieve selectie buitenlandse richtlijnen voor de ADAPTE-procedure:
1. NCCN Survivorship 2022 2. Campbell 2021

BEOORDELING VAN DE GESELECTEERDE SYSTEMATIC REVIEWS EN META-ANALYSES MET GRADE

De verschillende meta-analyses en systematic reviews werden onderworpen aan een beoordeling met GRADE per klinische vraag en per outcome. Er werd een critical appraisal gedaan met de criteria van de GRADE beoordeling (aanwezigheid van bias, onnauwkeurigheid)

NCCN guideline bevatte geen score conform de GRADE methodologie, maar wel een eigen scoringsysteem. De SR en MA die gebruikt werden en waarnaar verwezen werd in de NCCN en Campbell richtlijn kregen een score die gebaseerd was op de score die in de bron richtlijn was gebruikt. Indien er in deze assessment geen Risico analyse van bias was gebeurd, werd deze gescoord als zijnde ~~serious~~ or very serious. Op basis daarvan werd een GRADE score toegekend aan de geformuleerde aanbevelingen.

<i>De resultaten van de GRADE zijn terug te vinden in Bijlage 4a GRADE-Q1 – Bijlage 4b GRADE-Q2 – Bijlage 4c GRADE-Q3 – Bijlage 4d GRADE-Q4</i>
--

STAP 2. EXTRACTIE AANBEVELINGEN UIT BRONRICHTLIJN EN GESELECTEERDE RICHTLIJNEN

Tijdens deze stap werden de aanbevelingen voor de vier klinische subvragen van deel 1 in deze richtlijn uit de richtlijnen van NCCN en Campbell geëxtraheerd.

Voor deel 2 van de richtlijn : Une table d'extraction (evidence table) a été réalisée afin d'analyser les articles inclus dans notre revue de littérature. Les données suivantes ont été extraites de ces articles :

- Référence de l'article (auteur, titre, année de publication, pays)
- Design de l'étude
- Thèmes abordés parmi les 6 thèmes de cette recherche
- Population
- Messages-clés
- Noms des outils
- Biais
- Source de financement de l'étude
- Conflits d'intérêts éventuels

De extractie van de sleutelboodschappen/aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijn(en) zijn terug te vinden in **Bijlage 5a-Extractietabel en Annexe**, alsook de extractietabel voor deel 2 van de richtlijn in **Bijlage 5b-extractietabel deel 2**

STAP 3. BEOORDELING SAMENHANG VAN DE AANBEVELINGEN MET DE ONDERBOUWING

Voor alle aanbevelingen werden de gebruikte zoekstrategie, de samenvatting en de interpretatie van het wetenschappelijk bewijs en de samenhang tussen de interpretatie van het wetenschappelijk bewijs en de aanbevelingen van de geselecteerde richtlijnen grondig geëvalueerd. De oorspronkelijke richtlijn NCCN Survivorship gebruikte volgende gradering.

NCCN Categories of Evidence and Consensus	
Category 1	Based upon high-level evidence, there is uniform NCCN consensus that the intervention is appropriate.
Category 2A	Based upon lower-level evidence, there is uniform NCCN consensus that the intervention is appropriate.
Category 2B	Based upon lower-level evidence, there is NCCN consensus that the intervention is appropriate.
Category 3	Based upon any level of evidence, there is major NCCN disagreement that the intervention is appropriate.

All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

In de Campbell richtlijn werd geen gradering gebruikt.

De resultaten van deze evaluatie vindt u hierna, per klinische subvraag.

STAP 4. AANVULLING VAN DE KERNBODSCHAPPEN MET DE GEVONDEN EVIDENTIE UIT DE SYSTEMATIC REVIEWS EN META-ANALYSES

Aangezien de search van de NCCN richtlijn liep tot 2022, werd niet specifiek naar recentere literatuur gezocht. Wel werd er oorspronkelijk en gelijktijdig zowel naar richtlijnen als systematic reviews en meta-analyses gezocht (zie literatuur search) die de uit de richtlijnen geëxtraheerde aanbevelingen mogelijk konden bevestigen of wijzigen.

METHODE: FOCUSGROEPEN DEEL 2

Aangezien de literatuurzoektocht voor deel 2 van de richtlijn weinig systematic reviews opleverde, werd aanvullend aan het literatuurzoektocht bijkomend kwalitatief onderzoek verricht via focusgroepen.

La méthodologie de ce Focus Groups a été élaborée en propre par l'équipe de recherche et a été testé avec l'ensemble des équipes francophone et néerlandophone avant d'être pratiqué avec les participants.

Chaque participant au Focus Groups a été invité à placer une marque sur un baromètre afin d'identifier son niveau d'accord avec l'intérêt de l'outil pour :

- Identifier les priorités et objectifs communs
- Répartir les tâches et fonctions entre professionnels
- Institutionaliser la collaboration
- Coordonner
- Donner accès à l'information
- Acquérir des compétences en collaboration

Pour chaque outil, une pré-sélection sur l'ensemble des 6 questions a été faite par les chercheurs suite à l'analyse de la revue de la littérature.

Il leur a ensuite été demandé d'identifier si l'outil permettait de répondre :

- Aux besoins biomédicaux des personnes
- Aux besoins psycho-sociaux
- Aux besoins des professionnels

A l'heure actuelle trop peu d'étude publiée se sont intéressées à l'intérêt de ces outils pour répondre à ces différents besoins. C'est pourquoi la réflexion a été menée comme telle durant le FG et non sur base de résultats dans la littérature.

Concernant l'implémentation des outils, les participants ont été invités à noter quels étaient pour eux les obstacles, les facilitateurs et les conditions nécessaires pour les appliquer en Belgique

4.1. DÉROULEMENT

L'organisation du Focus Groups c'est fait selon le déroulement suivant :

Temps	Action	Outils/supports
5 min	Distribuer un papier pour que les participants notent leur nom, prénom et fonction/description	
	+ proposer les boissons	
	Feuilles A4 et stylos	
10 min	Tour de table de présentation (nom et fonction)	
10 min	1) Bienvenue	
	2) Présenter les objectifs du FG	
	3 niveaux de questionnement :	
	- l'outil répond-il aux Q° ?	
	- l'outil répond-il aux besoins ?	
	- l'outil est-il implémentable en Belgique ? Comment ?	
3)	Distribuer les fiches outils	
4)	Demander l'autorisation d'enregistrer	Diapositifs :
	• Ensemble des Q°	

- Orga FG
- Description chaque outil

Fiches outils

Gsm ou dictaphone

Protocole pour chaque outil

Entre 2 min et 5 min en fonction de l'outil

Chaque participant lit la description de l'outil Fiches outils

Questions, besoin de clarification de l'outil ?

Explication :

1) Indiquer pour chaque question, à l'aide d'un baromètre, si cet outil permet d'y répondre

2) Cocher les besoins (biomed, psychosociaux, prof .) qui peuvent être amélioré par cet outil et partager vos commentaires à l'aide de mots clefs et non d'un texte long. Fiches outils

15 min Chaque participant prend un temps individuel pour répondre sur la fiche de l'outil

3) Implémentation des outils sélectionnés par consensus :

- Distribuer feuille de réponse à chaque participant

- ils s'expriment individuellement en partant de la position qu'ils ont au sein du système de santé.

- Mise en commun

Récupère les feuilles et mise en commun au tableau avec discussion collective : regrouper les feuilles sur le tableau en fonction des réponses noté (tout à fait d'accord ensemble etc....)

☐ Est-ce que ceux qui ont répondu « pas d'accord » veulent s'exprimer, donner leur avis, expliquer pourquoi ?

☐ Êtes-vous d'accord avec cette intervention ou souhaitez-vous apporter votre point de vue ?

☐ Ceux qui ont répondu « mitiger » pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?

Scotch

Post-it géant = tableau de récoltes des baromètres

4.2. MATÉRIEL

Les « fiches outils » correspondent au descriptif de chaque outil identifié dans la littérature ainsi que les questions permettant aux participants de :

- Indiquer pour chaque question, à l'aide d'un baromètre, si cet outil permet de répondre aux question que l'on se pose
- Cocher les besoins (biomed, psychosociaux, prof .) qui peuvent être amélioré par cet outil et partager vos commentaires à l'aide de mots clefs et non d'un texte long.
- Indiquer les freins, les facilitateurs à l'implémentation de l'outil en Belgique, ainsi que les conditions d'implémentation.

L'ensemble des fiches outil est accessible en annexe.

4.3. EXPERTS DES FOCUS GROUPES

Santi Anne : Pharmacienne, Health and care manager pour la société coopérative Multipharma – représentante l'OPHACO au sein de la PPLW - membre du GT permanent qui suit les projets INTEGRO - membre du Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM)

Frederic Hoerner : Infirmier en oncologie de formation - 15 ans à l'Institut Jules Bordet dans les traitements ambulatoires et la recherche clinique - Master en santé publique - Assistant à l'école de santé publique - Doctorant.

Caulier Laura : Infirmière spécialisée en Oncologie , master en Science de santé publique, infirmière en milieu hospitalier en onco-hématologie depuis 4 ans, infirmière coordinatrice des soins en oncologie (ICSO) depuis 1an ½, membre du comité d'éthique de l'hôpital Ambroise Paré à Mons

Dr Lawrence Cuvelier : Médecin généraliste (MG) au sein d'une Maison médical au forfait - vice-président du syndicat GBO et président d'Abrumet qui gère le réseau santé bruxellois

Mickael Bernier : MG en association avec 3 autres MG - Trésorier CUMG et DMG - Maitre de stage SPF - Maitre d'enseignement ULB - Membre du Conseil Sup de la santé - Vice-Président du CCFFMG - Membre de la Médico-Mut et d'autres commission à l'INAMI - Administrateur ABSYM

METHODE: CONSENSUSPROCEDURE

De sterke aanbevelingen, waarvoor een duidelijk overwicht is van voordelen tov mogelijke nadelen) en waarvoor geen of enkel indirect wetenschappelijk bewijs werd gevonden, werden als stellingen aan een panel bestaande uit de auteursgroep (die niet betrokken waren bij het opstellen van de stellingen) en stakeholders voorgelegd tijdens een Delphi-procedure (gemodificeerde Delphi-methode) in december 2022, februari 2023 en april 2023 in 3 rondes. Stellingen waarover consensus was, gaven aanleiding tot het formuleren van GPP's.

Voor de Delphi-procedure werden volgende personen uitgenodigd:

Samenstelling panel:

respondent	Taal	Expertise/discipline
Marc Peeters	NL	oncoloog
Hans Neefs	NL	Kennis en Beleid Kom op Tegen Kanker
Ellen Daly	NL	Coördinator Psychosociale oncologie Nationale werkgroep oncorevalidatie
Mieke Van Croonenburg	NL	Koepelorganisatie 1 ^{ste} lijn
Therese Van Durme	NL	Wetenschappelijke vereniging huisartsen
Stijn Van Holle	NL	Thuisverpleegkundige
Carolien Cavents	NL	Thuisverpleegkundige
Luc Van Leemput	NL	Kinesist
Nele Adriaenssens	NL	Ergotherapeut
Stijn De Baets	NL	Professionalisering inbreng patiënten
Ilse Weeghmans	NL	Expert fysieke belasting bij herstel
Dimitri Vrancken	NL	Participatie en functioneren in revalidatie
Patricia De Vriendt	NL	Mantelzorg en ondersteuning
Sigrid Brisack	NL	Huisarts
Johan Wens	NL	Socioloog
Fabian Defraïne	FR	Huisarts
Benjamin Fauquert	FR	Kinesitherapeut
An De Groef	NL	Oncologisch gynaecoloog
Anne Bellens	NL	Patiënt
Nadia Neutjens	NL	Patiënt
Johan Thibo	NI	Patiënt
Rita Heeb	NL	Patiënt
Magali Mertens	FR	Patiënt en coach
Sven Keersemaeker	NL	Verpleegkundige
Kathy Delabye	FR	Verpleegkundige
Jolien Van Loven	NL	Psycholoog
Gaetane Stassijns	NL	Revalidatie-arts
Ingrid Theunissen	NL	Oncologisch gynaecoloog
Lode Godderis	NL	Arbeidsarts

De resultaten van de Delphi-rondes zijn terug te vinden in de bijlagen:

Bijlage 6a-Delphi_ronde 1

Bijlage 6b-Delphi_ronde 2

Bijlage 6c-Delphi_ronde 3

De zekerheid van het bewijs (hoog = A, matig = B, laag = C) en de sterkte van de aanbevelingen (sterk = 1 of zwak = 2) werden bepaald aan de hand van de GRADE-methodologie 3 ("Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation"), zie ook tabel hieronder.

Deze GRADE-stappen werden voor de klinische vragen doorlopen rekening houdend met de zekerheid van het bewijs en de overwegingen om van "evidence" to "decision" (uiteindelijke aanbevelingen) te komen. De EtD-elementen die in overweging zijn genomen bij het opstellen van de GPP zijn narratief uitgeschreven in de richtlijn zelf (zie onderdeel "onderbouwing" per aanbeveling).

Tabel: GRADE-classificatie, betekenis van de codes.

GRADE		Voordelen versus nadelen of risico's	Betekenis zekerheid van bewijs	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	We hebben een sterk vertrouwen dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B	Sterke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit effect dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
1C	Sterke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs		Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt mogelijk sterk af van het geschatte effect.	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er bewijs van hogere kwaliteit beschikbaar komt.
2A	Zwakke aanbeveling, hoge zekerheid	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	We zijn sterk overtuigd dat het werkelijke effect dicht bij het	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen

	van bewijs		geschatte effect ligt.	afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2B	Zwakke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
2C	Zwakke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt hiervan mogelijk sterk af.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen even goed te verantwoorden zijn
GPP	Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)			

RESULTATEN

Dit leverde volgende resultaten op gegroepeerd per klinische vraag.

KLINISCHE VRAAG I.1: WELKE FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES ZIJN NODIG VOOR HET MANAGEMENT VAN DE BELANGRIJKE LICHAAMELIJKE KLACHTEN TIJDENS HET REVALIDATIETRAJECT?

P: Oncologiepatiënten die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden)

I: medicamenteuze interventies

C: niet- medicamenteuze interventies

O: pijn, vermoeidheid, angst, depressie

KERNBOODSCHAPPEN MET GRADE UIT GESELECTEERDE RICHTLIJN NCCN SURVIVORSHIP

KERNBOODSCHAP 1 +.

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Comprehensive pain assessment should be done to determine the etiology of the pain. If the pain is new and acute, differential diagnosis should include cancer recurrence or progressive disease. If the pain is chronic, a specific pain syndrome should be identified if possible.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekperiode: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
E	Evidentie →	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias:-

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Comprehensive pain assessment should be done to determine the etiology of the pain. If the pain is new and acute, differential diagnosis should include cancer recurrence or progressive disease. If the pain is chronic, a specific pain syndrome should be identified if possible.
	interpretatie	Level of evidence: geen verwijzing naar artikels enkel voor kwantificeren van de pijn. Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie: aanbeveling niet/indirect onderbouwd door studies
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		Nee - Delphi
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
KB 1a: Doe een uitgebreide pijnbeoordeling te gebeuren om de oorzaak van de pijn te achterhalen.		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Er is geen bewijs in de literatuur gevonden voor de aanbeveling. In de eerste ronde Delphi was er volledige consensus (>70%). Dit kan verder worden onderbouwd door de inhoud van de Richtlijn chronische pijn: De SIGN-richtlijn uit 2013 benadrukt het gebrek aan bewijs voor een significant klinisch voordeel van de ene of andere vorm van initiële beoordeling. Er is echter consensus om het soort pijn, de ernst en impact ervan te beoordelen, alvorens te beslissen tot een zorgplan 31,32.		
Substantieel netto-voordeel. gezien de te verwachten voordelen de risico's overtreffen Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues Middelen: geen belangrijke issues Gelijkheid: geen belangrijke issues Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues		

Kernboodschap 1 + evidentieniveau	Comprehensive pain assessment should be done to determine the etiology of the pain. If the pain is new and acute, differential diagnosis should include cancer recurrence or progressive disease. If the pain is chronic, a specific pain syndrome should be identified if possible.
Haalbaarheid: Generieke barrières op individueel niveau zijn gebrek aan (kennis over) instrumenten die bij hierbij kunnen helpen en een gebrek aan tijd; op institutioneel niveau een deels onvolledige financiering van mogelijke interventies die beschikbaar zijn	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
KB 1b: Denk steeds aan een recidief of progressie van de kanker bij nieuwe en acute pijn.	
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%) Onderbouwing: zie KB1a.	
(Substantieel netto-voordeel gezien de te verwachten voordelen de risico's overtreffen Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues Middelen: geen belangrijke issues Gelijkheid: geen belangrijke issues Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues Haalbaarheid: Zie KB1a.	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
KB 1c: Bij chronische pijn dient naar een specifiek pijnsyndroom te worden gezocht.	
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
Eerste ronde Delphi: geen volledige consensus. Aanbeveling werd geherformuleerd naar 'Bij chronische pijn dient naar een onderliggende mechanisme van de pijn of specifiek pijnsyndroom te worden gezocht'. Onder pijnsyndroom verstaan we: neuropathische pijn, chronische pijn na amputatie, myalgie/arthralgie, skeletale pijn, myofasciale pijn, pijn na RT, viscerale pijn Tweede ronde Delphi: geen volledige consensus (64%)	
Voorstel geadapteerde aanbeveling	
Gezien er geen consensus bereikt werd, werd ervoor geopteerd om deze aanbeveling niet op te nemen in de richtlijn.	

Kernboodschap 2 + evidentieniveau		Non-opioid adjuvant analgesics are appropriate as primary therapy for many pain syndromes.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekperiode: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias: Geen verdere studies beschikbaar
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar
		Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.
T O E P A S B A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapolerbaar naar patiëntendoelgroep.

Kernboodschap 2 + evidentieniveau	Non-opioid adjuvant analgesics are appropriate as primary therapy for many pain syndromes.
Courantheid (currency):	Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:	idem
Aanbeveling adapteerbaar?	ja
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Duloxetine kan werkzaam zijn als primaire therapie voor verschillende pijnsyndromen zoals chemotherapie geïndiceerde neuropathie en aromatase inhibitor geassocieerde arthralgie in de nazorgfase bij mensen met kanker	
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
Deze aanbeveling uit de NCCN Survivorship guideline is gebaseerd op verschillende studies (SR en RCT) bij kankerpatiënten, maar niet specifiek in de survivorsetting. Er worden verschillende studies aangehaald van diverse analgetica en verschillende pijnsyndromen. Specifiek in de survivorsetting wordt enkel verwezen naar studies die effect van Duloxetine aantonen op CIPN en arthralgie. Meerdere studies tonen aan welke analgetica werkzaam zijn bij welk pijnsyndroom. Studies zijn <u>niet in de cancer survivor setting</u>: - SR van Jongen et al. (2013) : antidepressiva, anticonvulsiva en andere adjuvante analgetica en opioïden zijn effectief bij neuropathische pijn bij kanker patiënten (960) - SR van Bennett et al (2011) : antidepressiva en anticonvulsiva kunnen bijkomend pijn verlichten bij patiënten met opioïdenbehandeling bij kankerpatiënten (986) - SR/MA van Finnerup et al 2010) en Saarto et al. (2010): effect van TCA op neuropathische pijn in niet-kanker setting. - RCT van Smith et al. (2013): effect duloxetine bij chemotherapie geïnduceerde (a multi-institutional, randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial of 231 patients with painful CIPN) - ASCO Guideline (Hershman et al. 2014) en Nguyen et al. (2004) Jiang et al. (2019): The most commonly used anticonvulsant drugs for the treatment of cancer-related pain are gabapentin and pregabalin. They are recommended in these guidelines for the treatment of myalgias and arthralgias. However, these drugs have not been well-studied in the cancer or survivorship settings. One randomized, placebo-controlled, crossover trial in 115 survivors found that gabapentin did not effectively treat CIPN. However, because high-level evidence is limited to this one trial, the panel concurs with ASCO's CIPN panel and believes that extrapolation from other neuropathic pain conditions is reasonable and that gabapentin can be offered to select survivors with CIPN after informing them about the inconclusiveness of the evidence and of potential harms, benefits, and costs. A randomized, double-blind trial of pregabalin compared with placebo in 128 patients with neuropathic pain following radiation therapy for head and neck cancer found that pregabalin reduced pain scores to a greater extent than placebo. - RCT van Paulsen et al. (2014): Corticosteroids are not recommended for the management of pain in cancer survivors. A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of adult patients with advanced cancer receiving opioids found that methylprednisolone did not provide additional analgesia over that provided by the opioids. (zie evidence table)	

Kernboodschap 2 + evidentieniveau		Non-opioid adjuvant analgesics are appropriate as primary therapy for many pain syndromes.
Specifiek in de setting van cancer survivors zijn er enkel studies die het effect van Duloxetine aantonen bij CIPN en arthralgie.		- ASCO Guideline (Hershman et al. 2014): The ASCO clinical practice guidelines for the prevention and management of CIPN in survivors of adult cancers recommend duloxetine in this setting. (Hershman - zie evidence table - geen pooling mogelijk wegens heterogeniteit) - RCT van Henry et al. (2018): effect duloxetine bij arthralgie bij survivors borstkanker Duloxetine can also improve aromatase inhibitor-associated arthralgia. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial, which included 299 postmenopausal survivors of early-stage breast cancer with joint pain, showed that duloxetine improved average joint pain score, worst pain, joint stiffness, pain interference, and functioning at 12 weeks. SNRIs are therefore listed as a category 1 recommendation for survivors with aromatase inhibitor-induced arthralgia. (Henry - zie evidence table duloxetine)
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
- Beperkt netto-voordeel, beperkte directe evidentie beschikbaar en mogelijke nadelen (kosten en bijwerkingen), enkel voor Duloxetine - Kwaliteit van bewijs: laag (Guideline van Hershman omvat verschillende kleine en heterogene trials, primaire uitkomsten varieerden waardoor geen pooling mogelijk is) - Waarden en voorkeuren: we verwachten dat sommige patiënten eerder geneigd zijn om medicatie te gebruiken bij pijn, terwijl andere patiënten eerder zoeken naar andere manieren om pijn te verlichten. Een goede voorlichting van de verschillende behandelmogelijkheden is belangrijk. - Middelen: geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie (terugbetaling medicatie) - Gelijkheid: terugbetaling van de medicatie is belangrijk zodat deze voor alle patiënten toegankelijk is. - Aanvaardbaarheid: duloxetine bijwerkingen - Haalbaarheid: duloxetine beschikbaarheid		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Duloxetine kan werkzaam zijn als primaire therapie voor verschillende pijnsyndromen zoals chemotherapie geïndiceerde neuropathie en aromatase inhibitor geassocieerde arthralgie in de nazorgfase bij mensen met kanker (GRADE 2C)		

KERNBOODSCHAP 3 +.

Kernboodschap 3 + evidentieniveau		Opioid treatment is sometimes necessary, and the lowest appropriate dose should be used for the shortest amount of time possible
C O N S	Consistentie:	Zoekperiode: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))

Kernboodschap 3 + evidentieniveau		Opioid treatment is sometimes necessary, and the lowest appropriate dose should be used for the shortest amount of time possible
I S T E N T I E		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
		Forest plots: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Bias:- geen verdere studies ter onderbouwing Level of evidence: Er is geen direct evidence, omdat er geen specifieke studies zijn voor cancer survivors. Voor chronic cancer pain: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen deels overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie:	aanbeveling niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
	Interpretatie → aanbeveling	
T O E P A S B A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling :		
Deze aanbeveling werd niet opgenomen in de Delphi en de definitieve richtlijn, gezien de herhaling met kernboodschap 4.		

Kernboodschap 3 + evidentieniveau	Opioid treatment is sometimes necessary, and the lowest appropriate dose should be used for the shortest amount of time possible
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
In de NCCN richtlijn worden enkele studies aangehaald bij chronische kankerpatiënten die het effect van opioïden aantonen bij chronische kankerpijn. - MA van Huang et al. (2019): certain nonopioid analgesics and nonsteroidal anti-inflammatory drugs can serve as effectively as opioids in managing chronic cancer pain. - RCT van Schwartz et al. (2011) bij patiënten met diabetes perifere neuropathie: vergeleken met placebo geeft tapentadol ER 100-250 mg een significante verbetering van de pijn en werd deze goed verdragen - RCT van Vinik et al. (2014) bij patiënten met diabetes perifere neuropathie: vergeleken met placebo geeft tapentadol ER 100-250 mg een significante verbetering van de pijn en werd deze goed verdragen - RCT van Imanaka et al. (2013) bij patiënten met chronische kankergerelateerde pijn: Tapentadol ER (25-200 mg bid) provides analgesic efficacy that is non-inferior to that provided by oxycodone HCl CR (5-40 mg bid) for the management of moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain, and is well tolerated overall, with a better gastrointestinal tolerability profile than oxycodone CR. - Fase 3 studie van Kress et al. (2014) bij patiënten met tumorgerelateerde pijn. Results obtained during maintenance indicate that tapentadol PR (100-250 mg bid) is effective compared with placebo for managing moderate to severe chronic malignant tumor-related pain. Based on results obtained during titration, tapentadol PR provides comparable efficacy to that of morphine sulfate CR (40-100 mg bid), but is associated with better gastrointestinal tolerability. Specifiek over de duur van de behandeling en dosisreductie werd er niet verwezen naar studies.	

KERNBOODSCHAP 4 +.

Kernboodschap 4 + evidentieniveau		When opioids are appropriate and necessary, establish treatment goals with survivors and caregivers and use the lowest effective opioid dose for the shortest period of time possible.
C O N S I S	Consistentie:	Zoekstrategie: aanpassing van bestaande guidelines volgens ADAPTE procedure (NCCN CRF, NCCN Survivorship, Pan Canadian Guideline)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies

Kernboodschap 4 + evidentieniveau		When opioids are appropriate and necessary, establish treatment goals with survivors and caregivers and use the lowest effective opioid dose for the shortest period of time possible.
T E N T I E		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
		Forest plots: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Bias: geen verdere studies ter onderbouwing
		Level of evidence. Er is geen direct evidence, omdat er geen specifieke studies zijn voor cancer survivors. Geen verwijzing naar artikels. De aanbeveling is wel in lijn met de inhoud van de richtlijn chronische pijn Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		Nee -> GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NCCN Guideline Survivorship. Er werd hierin niet verwezen naar artikels. De aanbeveling werd daarom ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%)		

Kernboodschap 4 + evidentieniveau	When opioids are appropriate and necessary, establish treatment goals with survivors and caregivers and use the lowest effective opioid dose for the shortest period of time possible.
- Substantieel netto-voordeel gezien het beperken van neveneffecten, voordelen wegen op tegen de nadelen - Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues - Middelen: geen belangrijke issues - Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, een goede opvolging en voorlichting betreffende de medicatie kan ingebouwd worden tijdens de normale consulten.	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Indien opioïden nodig zijn, stel dan samen met de patiënt en de zorgverleners behandelingsdoelen op en gebruik de laagste effectieve dosis voor de kortst mogelijke periode.	

KERNBOODSCHAP 5 +.

Kernboodschap 5 + evidentieniveau		Provide survivor and caregiver education on safe opioid use, risks including risk of psychological and/or physical dependence and addiction, safe storage, and disposal.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels
		Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias:- geen verdere studies ter onderbouwing
Level of evidence: Er is geen direct evidence. In de richtlijn staat geen verwijzing naar artikels. Onze additionele zoektocht leverde ook geen studies van goede kwaliteit zijn over het effect op. Indirect evidence kan worden gevonden in de statement in		

Kernboodschap 5 + evidentieniveau		Provide survivor and caregiver education on safe opioid use, risks including risk of psychological and/or physical dependence and addiction, safe storage, and disposal.
		de richtlijn chronische pijn dat voorzorgsmaatregelen moeten nemen m.b.t. het risico van overdosering. En de CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022 Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		Nee - > GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NCCN Guideline Survivorship. Er werd hierin niet verwezen naar artikels. We verwijzen voor indirect evidence naar de richtlijn chronische pijn en CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. De aanbeveling werd daarom ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%) - Substantieel netto-voordeel, gezien de voordelen (meer kennis, bewustzijn) de eventuele nadelen (angst voor bijwerkingen en verslaving) ruimschoots overtreffen - Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues - Middelen: geen belangrijke issues, eventueel educatiemateriaal te voorzien - Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, deze voorlichting kan ingebouwd worden tijdens de normale consulten.		

Kernboodschap 5 + evidentieniveau	Provide survivor and caregiver education on safe opioid use, risks including risk of psychological and/or physical dependence and addiction, safe storage, and disposal.
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE) Gebaseerd op CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Geef patiënt en verzorger voorlichting over veilig opioïdengebruik en de risico's (waaronder psychologische en/of lichamelijke afhankelijkheid en verslaving, veilige opslag en verwijdering)	

KERNBOODSCHAP 6 +.

Kernboodschap 6 + evidentieniveau	Consider prescribing naloxone and educate the patient and the caregivers on its use.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:
	Zoekstrategie:
	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
	Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
	Andere in/exclusiecriteria:
	Taal: Engels
	Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:
	Evidentie → interpretatie
T O E	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Forest plots: Niet beschikbaar
	Bias:geen verdere studies ter onderbouwing
	Level of evidence: Geen verwijzing naar artikels
	Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie:
	Interpretatie → aanbeveling
	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
	Vereiste deskundigheid aanwezig?
	Vereist geen specifieke deskundigheid.

Kernboodschap 6 + evidentieniveau		Consider prescribing naloxone and educate the patient and the caregivers on its use.
P A S S A A R H E I D	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		ja
Voorstel geadapteerde aanbeveling :		
Overweeg het voorschrijven van naloxon aan patiënten die opoiden gebruiken, en geef de patiënt en de verzorgers voorlichting over het gebruik ervan.		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Eerste ronde Delphi geen consensus (slechts 7% akkoord), niet opgenomen in ronde 2.		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Aanbeveling wordt niet verder opgenomen, is een overweging, geen sterke aanbeveling - niet zo geschikt als Good practice point		
Overweging bij toelichting aanbeveling: evt aan voorschrijven naloxone denken		

KERNBOODSCHAP 7 +.

Kernboodschap 7 + evidentieniveau		Functional outcomes are important measures for patients on opioid therapy. The expected outcome (ie, improvement in function and/or pain) and terms of monitoring for outcomes, compliance, and safety should be clearly discussed with survivors and caregivers, agreed upon, and documented upon initiation and continuation of chronic therapy
C O N S	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))

Kernboodschap 7 + evidentieniveau		Functional outcomes are important measures for patients on opioid therapy. The expected outcome (ie, improvement in function and/or pain) and terms of monitoring for outcomes, compliance, and safety should be clearly discussed with survivors and caregivers, agreed upon, and documented upon initiation and continuation of chronic therapy
I S T E N T I E		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
		Forest plots: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Bias: geen verdere studies ter onderbouwing
		Level of evidence: Er waren geen studies van voldoende kwaliteit over de doelgroep. Geen verwijzing naar artikels
		Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
T O E P A S B A R H E I D	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies. De aanbeveling is ook niet goed evalueerbaar in RCT gezien ethische overwegingen van informed consent. De aanbeveling is wel in lijn met de CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022 die zegt: "Patient education and discussion before starting outpatient opioid therapy are critical so that patient preferences and values can be understood and used to inform clinical decisions. Clinicians should ensure that patients are aware of expected benefits of, common risks of, serious risks of, and alternatives"
	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?		Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem

Kernboodschap 7 + evidentieniveau	Functional outcomes are important measures for patients on opioid therapy. The expected outcome (ie, improvement in function and/or pain) and terms of monitoring for outcomes, compliance, and safety should be clearly discussed with survivors and caregivers, agreed upon, and documented upon initiation and continuation of chronic therapy
Aanbeveling adapteerbaar?	GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
Aangezien deze aanbeveling niet uit te testen is via een trial, werd deze ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%)	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
- Netto-voordeel: het voordeel (een te monitoren effect van zware medicatie) weegt op tegen het nadeel (patient burden van extra metingen) - Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues - Middelen: geen belangrijke issues, wel belang van kennis en aanwezigheid van goede screeningsinstrumenten om de pijn en functionele uitkomsten op te volgen - Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, kan in principe ingebouwd worden in de consulten; er dient wel voldoende tijd voorzien te worden om een goede opvolging te doen en grondig te documenteren.	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Functionele uitkomsten zijn belangrijke maatstaven voor patiënten die een opioïdbehandeling ondergaan. Het verwachte resultaat (d.w.z. verbetering van functie en/of pijn) en de voorwaarden voor toezicht op de resultaten, naleving en veiligheid moeten duidelijk worden besproken met patiënten en zorgverleners en gedocumenteerd worden bij aanvang en voortzetting van de behandeling.	

KERNBOODSCHAP 8 +.

Kernboodschap 8 + evidentieniveau	Re-evaluate the effectiveness, safety, and necessity of opioids at regular intervals.
C O N S I S	Consistentie:
	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website) Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
	Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies

Kernboodschap 8 + evidentieniveau		Re-evaluate the effectiveness, safety, and necessity of opioids at regular intervals.
T E N T I E		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
		Forest plots: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Bias: geen verdere studies ter onderbouwing Level of evidence. Er is geen direct evidence, omdat er geen specifieke studies zijn voor cancer survivors. Indirect evidence is gebaseerd op andere richtlijn 'Clinical practice guideline for opioid therapy for chronic pain' Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		Nee - > GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NCCN guideline Survivorship. Deze werd niet onderbouwd door studies. Daarom werd de aanbeveling ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%)		
- Substantieel netto-voordeel, voordelen wegen door ten opzichte van de nadelen. Ivm veiligheid en neveneffecten van de opioïden - Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues - Middelen: geen belangrijke issues, eventueel voorlichtingsmateriaal voor patiënt en mantelzorgers dient voorzien te worden.		

Kernboodschap 8 + evidentieniveau	Re-evaluate the effectiveness, safety, and necessity of opioids at regular intervals.
- Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, kan ingebouwd worden in de reguliere consulten door de huisarts. Er dient voldoende consulttijd voorzien te worden.	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE) Gebaseerd op CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Herevalueer regelmatig de doeltreffendheid, veiligheid en noodzaak van opioïden.	

KERNBOODSCHAP 9 +

Kernboodschap 9 + evidentieniveau	Address medical-related issues due to chronic or high-dose opioids.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:
	Zoekstrategie:
	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website) Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields])
	Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
	Andere in/exclusiecriteria:
	Taal: Engels
	Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:
	Evidentie → interpretatie
	→ aanbeveling

Kernboodschap 9 + evidentieniveau		Address medical-related issues due to chronic or high-dose opioids.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NCCN richtlijn Survivorship. Deze werd niet onderbouwd met studies. Daarom werd de aanbeveling ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Gebaseerd op CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022, die zegt dat clinicians moeten letten op tekenen van side effects en/of overdosering. Eerste ronde Delphi: geen volledige consensus (<70%). Op basis van de opmerkingen werd de aanbeveling aangepast naar: Recognize and address medical-related issues due to chronic or high-dose opioids. Herken en behandel medische problemen als gevolg van chronisch of hoge dosis gebruik van opioïden. Tijdens de tweede en derde ronde werd eveneens geen volledige consensus bereikt (62%). De aanbeveling werd daarom aangepast op basis van de opmerkingen van de stakeholders en opgenomen als: Herken medische problemen als gevolg van chronisch of hoge dosis gebruik van opioïden en doe een adequaat management, inclusief behandeling, doorverwijzing of dosisreductie		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)		
Voorstel geadapteerde aanbeveling :		
Herken en behandel medische problemen als gevolg van chronisch of hoge dosis gebruik van opioïden.		

Kernboodschap 10 + evidentieniveau		Consider referral to a specialist for survivors who might benefit from further pain interventions. This could include referral to interventional pain, physical medicine and rehabilitation, palliative care, pain specialist, urology, gynecology, orthopedic surgery, gastroenterology, or other appropriate consultants. If these resources are available, consider referral as early as possible during the course of treatment planning.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias: geen verdere studies ter onderbouwing
		Level of evidence: de literatuur leverde geen direct bewijs op voor de effecten van deze stelling voor de doelgroep. Geen verwijzing naar specifieke artikels
		Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies. Indirecte ondersteuning komt uit de NHG standaard pijn waar verwijzing naar verschillende relevante medische specialisten wordt besproken.
T O E P A S S B A A	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.

Kernboodschap 10 + evidentieniveau		Consider referral to a specialist for survivors who might benefit from further pain interventions. This could include referral to interventional pain, physical medicine and rehabilitation, palliative care, pain specialist, urology, gynecology, orthopedic surgery, gastroenterology, or other appropriate consultants. If these resources are available, consider referral as early as possible during the course of treatment planning.
R H E I D	Extrapolatie naar doelgroep van patiënten?	Extrapolatie naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		Nee -> GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NCCN richtlijn Survivorship. Deze werd niet onderbouwd met studies. Daarom werd de aanbeveling ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Indirecte ondersteuning komt uit de NHG standaard pijn waar verwijzing naar verschillende relevante medische specialisten wordt besproken. Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%). - Substantieel netto-voordeel, voordelen van een vroegtijdige behandeling wegen op, zorgen voor een mogelijk korter behandeltraject - Waarden en voorkeuren: sommige patiënten die net het specialistische traject afgerond hebben wensen mogelijk eerder in de eerstelijnssetting behandeld te worden? - Middelen: bepaalde specialistische programma's betekenen een grotere maatschappelijke kost - Gelijkheid: terugbetalingsmodaliteiten voor de patiënt?, in hoeverre is deze specialistische zorg terugbetaald en daardoor voldoende toegankelijk voor alle patiënten? - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE). Indirect bewijs		
Voorstel geadapteerde aanbeveling :		
Overweeg verwijzing naar een specialist voor patiënten die baat zouden kunnen hebben bij verdere pijninterventies (fysieke geneeskunde en revalidatie, palliatieve zorg, pijnspecialist, urologie, gynaecologie, orthopedische chirurgie, gastro-enterologie e.a.) Overweeg verwijzing in een zo vroeg mogelijk stadium van de behandeling.		

KERNBOODSCHAP 11 +

Kernboodschap 11 + evidentieniveau		Treatment of specific pain syndromes: see flow chart
	Consistentie:	

Kernboodschap 11 + evidentieniveau		Treatment of specific pain syndromes: see flow chart
C O N S I S T E N T I E	Zoekstrategie:	
	Consistentie:	
	Evidentie → interpretatie	
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		
Belgische context:		
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling :		
Deze werden niet verder opgenomen in de richtlijn, buiten de scope		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		

KERNBOODSCHAP 12 +.

Kernboodschap 12 + evidentieniveau		Consider psychostimulants (methylphenidate) after ruling out other causes of fatigue and failure of other interventions
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias: geen verdere studies ter onderbouwing Level of evidence: Limited evidence. Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
T O E P A S B A A R H E I D	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem

Kernboodschap 12 + evidentieniveau	Consider psychostimulants (methylphenidate) after ruling out other causes of fatigue and failure of other interventions
Aanbeveling adapteerbaar?	
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
Er is beperkte zekerheid van bewijs dat psychostimulantia vermoeidheid kunnen verminderen bij <u>cancer survivors</u> na uitsluiten van specifieke oorzaken o.w.v. onderbouwing met de volgende studies die ten grondslag liggen aan de NCCN richtlijn: - Phase II studie van Hanna et al (2004): A 54% response rate to methylphenidate was reported in a phase II trial of 37 breast cancer survivors. - RCT van Lower et al. (2009) A randomized trial in 154 patients post-chemotherapy also found an improvement in fatigue symptoms in the dexamethylphenidate arm. - Bijkomende gevonden MA: Sun 2021 (zie evidence table): psychostimulant and wakefulness agents had statistically significant while clinically insignificant effects on the treatment of CRF (pooled weighted mean difference [WMD]: 2.8, 95% confidence interval [CI]: 0.2-5.4, I²: 0%, 3 RCTs, MID: 3.0-6.0). Blij <u>kankerpatiënten</u>, niet in de <u>survivorsetting</u> zijn er meerdere studies: verschillende Meta-analyses worden besproken met beperkte evidentie en tegenstrijdige conclusies: - MA van Gong et al. (2014): A recent meta-analysis of five randomized controlled trials of patients with cancer found limited evidence for the efficacy of 4 or more weeks of methylphenidate treatment for cancer-related fatigue (mean difference, -3.70; 95% CI, -7.03 to -0.37; P = .03). - MA van Qu et al. (2015): However, another meta-analysis identified seven trials of methylphenidate and concluded that it was superior to placebo for the treatment of cancer-related fatigue. - MA van Mucke et al. (2015): Cochrane review found that methylphenidate was likely effective for cancer-related fatigue and warrants further study (in palliatieve setting) - MA van Mustian et al. (2017): However, a second comprehensive metaanalysis did not support this finding, nor did it support the use of pharmacologic interventions for the treatment of cancer-related fatigue.	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
- Klein netto voordeel (enkele studies tonen een klein statistisch effect, klinisch niet tot weinig significant) hoewel ook risico's (bijwerkingen) aanwezig zijn. - Kwaliteit van bewijs laag (zeer beperkt direct bewijs en beperkt indirect bewijs) - Waarden en voorkeuren: substantiële variatie verwacht, te verwachten dat sommige patiënten geen dergelijke medicatie wensen in te nemen voor deze indicatie en dat veel artsen terughoudend zijn in het voorschrijven ervan. - Middelen: terugbetaling voor deze indicatie? - Gelijkheid: terugbetalingsmodaliteiten?, indien niet terugbetaald voor deze indicatie is deze medicatie niet voor alle patiënten even toegankelijk - Aanvaardbaarheid: Vraag naar aanvaardbaarheid van het voorschrijven van psychostimulantia met de bijhorende neveneffecten voor dergelijke indicatie als de verwachte voordelen beperkt zijn. - Haalbaarheid: geen belangrijke issues	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	

Kernboodschap 12 + evidentieniveau	Consider psychostimulants (methylphenidate) after ruling out other causes of fatigue and failure of other interventions
Psychostimulantia kunnen vermoeidheidsklachten in de nazorgfase bij kankerpatiënten verminderen, na uitsluiting van andere oorzaken (GRADE 2C)	
Aangezien deze aanbeveling niet ondersteund werd door de verschillende GDG-leden, werd er tijdens het GDG-overleg met de verschillende leden besloten om deze aanbeveling niet op te nemen in de richtlijn.	

KERNBOODSCHAP 13 +.

Kernboodschap 13 + evidentieniveau		All survivors should be screened for fatigue to ensure that those with moderate to severe fatigue are identified and treated promptly and effectively.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie: Evidentie → interpretatie	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
		Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias:-geen nieuwe studies ter onderbouwing
		Level of evidence: geen verwijzing naar artikels Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
T O E P A S	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.

Kernboodschap 13 + evidentieniveau		All survivors should be screened for fatigue to ensure that those with moderate to severe fatigue are identified and treated promptly and effectively.
B A A R H E I D	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		Nee -> GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NCCN richtlijn Survivorship. Deze werd niet onderbouwd met studies. Daarom werd de aanbeveling ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Indirect bewijs komt wel uit de NCCN Guideline cancer related Fatigue en uit de Nederlandse IKN richtlijn Herstel na Kanker die zegt dat behandeling begint bij screening. (Gielissen, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg G. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2006; 24(30): 4882-7.) Er is enig bewijs voor sommige interventies, zoals cognitieve gedragstherapie bij langdurige kankergerelateerde vermoeidheid Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%) - Substantieel netto-voordeel, gezien vroegtijdige signalering van klachten die aanpak mogelijk maakt en erkenning geeft aan mensen. - Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues - Middelen: geen belangrijke issues - Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, belang voorhanden zijn van screeningsinstrumenten, voldoende consulttijd dient voorzien te worden hiervoor		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)		
Voorstel geadapteerde aanbeveling :		
Screen alle overlevenden op vermoeidheid om ervoor te zorgen dat degenen met matige tot ernstige vermoeidheid worden geïdentificeerd en snel en doeltreffend worden behandeld.		

Kernboodschap 14 + evidentieniveau		All survivors should be screened for anxiety, depression, and distress, especially at times of disease transition, surveillance, significant loss, major life events, and social isolation
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias:-
		Level of evidence: geen verwijzing naar artikels
		Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken geen nieuwe studies ter onderbouwing.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		GPP, Delphi

Kernboodschap 14 + evidentieniveau	All survivors should be screened for anxiety, depression, and distress, especially at times of disease transition, surveillance, significant loss, major life events, and social isolation
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NCCN richtlijn Survivorship. Deze werd niet onderbouwd met studies. Daarom werd de aanbeveling ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Indirect bewijs (andere doelgroep, niet alleen survivors) komt wel uit de NCCN Guideline cancer related Fatigue en uit de Nederlandse IKN richtlijn Herstel na Kanker die zegt dat behandeling begint bij screening. . Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%)	
- Substantieel netto-voordeel, gezien vroegtijdige signalering van klachten die aanpak mogelijk maakt en erkenning geeft aan mensen. - Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues - Middelen: geen belangrijke issues - Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, belang voorhanden zijn van screeningsinstrumenten, voldoende consulttijd dient voorzien te worden hiervoor	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Screen alle patiënten op angst, depressie en stress, vooral op momenten van ziekteovergang, belangrijk verlies, belangrijke levensgebeurtenissen en sociaal isolement.	

KERNBOODSCHAP 15 +.

Kernboodschap 15 + evidentieniveau		Survivors with suspected major psychiatric diagnoses, including mania or psychosis, those with an extensive psychiatric history, and those with a moderate to high safety risk should be referred for psychiatric evaluation and treatment.
C O N S I S T E N T	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar

Kernboodschap 15 + evidentieniveau		Survivors with suspected major psychiatric diagnoses, including mania or psychosis, those with an extensive psychiatric history, and those with a moderate to high safety risk should be referred for psychiatric evaluation and treatment.
I E	Evidentie → interpretatie	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias:- geen nieuwe studies ter onderbouwing
		Level of evidence: Literatuur onderzoek liet geen direct evidence zien. Het is ook ethisch niet verantwoord om hier een RCT naar te doen. De standaarden geestelijke gezondheidszorg (Nederland) wijzen we op het belang van vroege onderkenning en behandeling. Indirect evidence komt uit de gevolgen van ernstige psychiatrie, voor patiënten, hun omgeving en de maatschappij. Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		Nee - > GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NCCN richtlijn Survivorship. Deze werd niet onderbouwd met studies. Daarom werd de aanbeveling ter consensus voorgelegd via een Delphi procedure. Eerste ronde Delphi: volledige consensus (nagenoeg 70%)		
- Substantieel netto-voordeel, gezien de mogelijkheid tot gerichte en adequate aanpak en de risico's van ernstige psychiatrische aandoeningen bij nietsdoen. - Waarden en voorkeuren: mogelijkheid van stigma en patiënten die zorg mijden of voorkeuren voor de eerste lijn hebben. - Middelen: kost van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg		

Kernboodschap 15 + evidentieniveau	Survivors with suspected major psychiatric diagnoses, including mania or psychosis, those with an extensive psychiatric history, and those with a moderate to high safety risk should be referred for psychiatric evaluation and treatment.
- Gelijkheid: de mate waarin de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg al of niet terugbetaald is, hebben een belangrijke invloed op de gelijkheid en toegankelijkheid voor alle patiënten - Aanvaardbaarheid: dit kan met de voorkeuren van de patiënt te maken hebben - Haalbaarheid: Issues zijn vooral de toegankelijkheid van psychiatrische zorg. Tevens belang voorhanden zijn van screeningsinstrumenten, voldoende consulttijd dient voorzien te worden hiervoor	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Patiënten met vermoedelijke ernstige psychiatrische diagnoses, waaronder manie of psychose, met een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis en met een matig tot hoog veiligheidsrisico moeten worden doorverwezen voor psychiatrische evaluatie en behandeling.	

KERNBOODSCHAP 16 +.

Kernboodschap 16 + evidentieniveau		Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) can be used in survivors with moderate- to severe-intensity major depression, generalized anxiety, panic, or PTSD.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria:
		Taal: Engels
	Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent	
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias:- geen nieuwe studies ter onderbouwing
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De

Kernboodschap 16 + evidentieniveau		Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) can be used in survivors with moderate- to severe-intensity major depression, generalized anxiety, panic, or PTSD.
		methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar. Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Er is beperkte zekerheid van bewijs dat Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en serotonine norepinefrineheropnameremmers (SNRI's) matige tot ernstige depressie, gegeneraliseerde angst, paniek, of PTSD kunnen verminderen bij <u>cancer survivors</u> in vergelijking met placebo owv onderbouwing met: Verschillende SR/MA/RCT tonen effect aan van antidepressiva en anxiolytica bij de behandeling van angst en depressie bij kankerpatiënten. Evidentie bij cancer survivors ontbreekt, medicatie is bij deze doelgroep wel onderzocht in het kader van vasomotorische symptomen en wordt daarom in de NCCN richtlijn toch aanbevolen. Onderbouwing is gebaseerd op: - in kankersetting: • RCT van Fish et al (2003): fluoxetine versus placebo • RCT van Holland et al. (1991): alprazolam versus andere spierrelaxantia • RCT van Holland et al. (1998): fluoxetine en desipramil • RCT van Wald et al. (1993): alprazolam versus placebo • SR van Williams et al. (2006): outcome depressie		

Kernboodschap 16 + evidentieniveau	Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) can be used in survivors with moderate- to severe-intensity major depression, generalized anxiety, panic, or PTSD.
- evidence report van Perl et al. (2004) - algemeen bij fysieke aandoening, niet specifiek in kankersetting MA van Rayner (2010) Cochrane - in palliatieve setting MA van Rayner et al. (2011)	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
- Indirecte en directe evidentie, substantieel netto-voordeel gezien een hoge lijdensdruk bij mensen met deze klachten die verlicht kan worden door de interventie. De risico's zijn goed te monitoren. - Waarden en voorkeuren: mogelijk wel verschil in voorkeur van de patiënt - Middelen: kost van medicatie - Gelijkheid: terugbetalingsmodaliteiten voor de patiënt zijn van invloed op de toegankelijkheid en beschikbaarheid voor de patiënt - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en serotonine norepinefrineheropnameremmers (SNRI's) kunnen worden gebruikt bij patiënten met een matige tot ernstige depressie, gegeneraliseerde angst, paniek, of PTSD. (GRADE1C)	

KERNBOODSCHAP 17 +.

Kernboodschap 17 + evidentieniveau		BZDs (ie, clonazepam, lorazepam) can be used for acute anxiety relief or while waiting for antidepressants to take effect. The BZD dose should be adjusted once SSRIs or SNRIs are fully effective and symptoms are partially or completely abated
C O N S I S T E N T I	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar Forest plots: Niet beschikbaar

Kernboodschap 17 + evidentieniveau		BZDs (ie, clonazepam, lorazepam) can be used for acute anxiety relief or while waiting for antidepressants to take effect. The BZD dose should be adjusted once SSRIs or SNRIs are fully effective and symptoms are partially or completely abated
E	Evidentie → interpretatie	Bias:- Level of evidence: geen verwijzing naar artikels Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies
T O E P A S S A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		Nee - > Na overleg met het core team werd besloten om deze aanbeveling niet op te nemen in de richtlijn

KERNBOODSCHAP 18 +.

Kernboodschap 18 + evidentieniveau		Referral to a mental health professional should be considered if the response to firstline treatment is inadequate.
C O N S I S	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies

Kernboodschap 18 + evidentieniveau		Referral to a mental health professional should be considered if the response to firstline treatment is inadequate.
T E N T I E		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
		Forest plots: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Bias:- Level of evidence: geen verwijzing naar artikels Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Aanbeveling in specifieke doelgroep niet/onvoldoende onderbouwd door studies. Literatuur toonde geen direct bewijs voor het effect van de interventie. Indirect bewijs is te vinden in andere richtlijnen voor psychische aandoeningen in de eerste lijn zoals voor depressie en angst.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteeerbaar?		GPP, Delphi
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%)		
- Substantieel netto-voordeel. Gezien de nadelen vooral gerelateerd zijn aan dit niet doen, bv verlengde lijdensdruk, verminderde participatie, verhoogde kosten voor de maatschappij. - Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues - Middelen: Voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg worden 10-20 individuele sessies terugbetaald door het RIZIV. - Gelijkheid: variabiliteit te verwachten conform eigen bijdrage - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues Haalbaarheid: De wachtlijsten in psychiatrie kunnen een barrière vormen.		

Kernboodschap 18 + evidentieniveau	Referral to a mental health professional should be considered if the response to firstline treatment is inadequate.
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
Voorstel geadapteerde aanbeveling :	
Verwijs naar de geestelijke gezondheidszorg als het effect op de eerstelijns behandeling onvoldoende is.	

KLINISCHE VRAAG 1.2: WELKE FYSIEKE REVALIDATIE INTERVENTIES (MANUELE THERAPIE, PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE, OEFENTHERAPIE,) ZIJN AANGEWEEZEN BIJ ONCOLOGIEPATIËNTEN TIJDENS DE VERSCHILLENDE FASEN VAN DE NAZORG?

KERNBOODSCHAPPEN UIT GESELECTEERDE RICHTLIJN NCCN SURVIVORSHIP

PICO:	P: Oncologiepatiënten die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden) I: Fysieke revalidatie interventies (manuele therapie, locomototrische therapie, oefentherapie) C: usual care of minimale revalidatie O: pijn, vermoeidheid, angst, depressie, cardiopulmonaire functie, fysiek functioneren, QOL
Geselecteerde richtlijn(en) met AGREE II:	NCCN survivorship

KERNBOODSCHAP 1 +.

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Physical modalities (heat, cold, massage, acupuncture, physical therapy, or occupational therapy) are useful and should be considered for some pain syndromes.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: Niet beschikbaar
		Bias:-
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Physical modalities (heat, cold, massage, acupuncture, physical therapy, or occupational therapy) are useful and should be considered for some pain syndromes.
		methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Fysieke modaliteiten (warmte, koude, massage, acupunctuur, fysiotherapie of bezigheidstherapie) zijn mogelijk nuttig zijn en kunnen worden overwogen voor sommige pijnsyndromen.		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
De formulering is afgezwakt conform the grade 2C.		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Er is beperkte zekerheid van bewijs dat bepaalde fysieke modaliteiten zoals warmte, accupunctuur , fysiotheraaoie) nuttig zijn bij de behandeling van pijn bij <u>cancer survivors</u> ovw onderbouwing met (gebaseerd op NCCN richtlijn)		
- De Cochrane review van Mishra et al. (2012 40 trials bij kankerpatiënten		

Kernboodschap 1 + evidentieniveau	Physical modalities (heat, cold, massage, acupuncture, physical therapy, or occupational therapy) are useful and should be considered for some pain syndromes.
- De Cochrane review van Carvalho et al. (2012) includeerde 3 trials: beperkte evidentie dat progressieve weerstandstraining effectiever is bij schouderdysfunctie bij hoofd- en halstumoren. - De RCT van Fernandez-Lao et al. (2012) progressieve strekoefeningen, mobiliteits- en krachtoefeningen: betere pijnverbetering dan de standaard fysieke behandeling - De RCT van McNeely et al. (2008) effect van progressieve weerstandstraining ten opzichte van standaard fysieke therapie - De RCT van Irwin et al. (2015) na oefentherapie bestaande uit 150 minuten per week aerobe oefening en begeleide krachttraining twee keer per week (zie hiervoor de evidentietabel physical modalities) - eigen bijkomend gevonden Ma van Lara Palomo: myofasciale therapie versus placebo bij borstkanker survivors op korte termijn op pijn (4 weken en langere termijn (12 maanden) (zie evidence table. Ook de studies van Boing en Pinheiro da Silva staan in de evidentie tabel maar zijn niet meegenomen, vanwege een mindere kwaliteit. No significant differences were observed between the effects of myofascial therapy alone or in combination with a standard physical therapy program and placebo intervention or a standard physical therapy program on short term and longer term. <u>Bij kankerpatiënten, niet in de survivorsetting:</u> - MA van Hurlow et al. (2012): effect van TENS op kankergerelateerde pijn is niet-conclusief (niet opgenomen in evidence table) - 3 RCT's (Mao et al. 2014, Hershman et al. 2018, Lu et al. 2020) : beperkt effect van accupunctuur, maar niet in survivor setting (niet opgenomen in evidence table wegens andere setting) Na GDG-overleg: Heat, Cold, accupunctuur wordt niet onder kinesitherapie gezien. Mechanisme van pijn of fysieke klachten willen uitdiepen en op dat mechanisme inspelen met kinetechnieken. Aanbeveling vooral rond myofasciale therapie specificeren, meta-analyses zijn daarop gebaseerd. ➔ Herformuleren van de aanbeveling naar: Overweeg oefentherapie bij de behandeling van pijn bij kankerpatiënten in de nazorgfase.	
- Beperkt netto-voordeel. Het bewijs van voordeel is beperkt. De nadelen zijn kosten die grotendeels door patiënt zelf gedragen moeten worden. - Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend - Middelen: terugbetalingsmodaliteiten? - Gelijkheid: verschil in toegankelijkheid voor alle patiënten afhankelijk van de terugbetaling - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België Het verschil is erg beperkt, daarom GRADE 2C	

Kernboodschap 2 + evidentieniveau		Maintain optimal level of activity om vermoeidheid te verminderen.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Forest plots: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Bias:-
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
T O E P A S B A A R H E I D	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.
	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		Idem

Kernboodschap 2 + evidentieniveau	Maintain optimal level of activity om vermoeidheid te verminderen.
Aanbeveling adapteerbaar?	
Voorstel geadapteerde aanbeveling	
Behoud een optimaal activiteitsniveau.	
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
De formulering is conform GRADE 1C.	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
Er is sterke zekerheid van bewijs dat het behoud van een optimaal activiteitsniveau/fysieke activiteit vermoeidheid vermindert bij cancer survivors in vergelijking met placebo o.w.v. onderbouwing met verschillende MA en RCT's die uit de richtlijn komen: - Brown - MA 2011: exercise interventions (er wordt niet apart naar post treatment groep gekeken) - Mishra - MA 2014: exercise programs (vermoeidheid als onderdeel van HRQOL score) (zie evidence table) - Speck - MA 2010: physical activity na te kijken (during treatment and post therapy, wel apart bekeken) (zie evidence table) - Courneya 2003 - RCT - McNeely - MA 2006: breast cancer patients - Hunter - SR 2017: occupational therapy and rehabilitation (van dit artikel hebben we geen full text dus hij staat niet in de Magic App tabel) - Baruth - pilootstudie breast cancer patients - Kampshoff - RCT 2015 - Larkey - RCT Tai Chi - Meneses-Echavez MA 2015 supervised exercise, breast cancer, tijdens behandeling - Mc Millan - MA 2011 exercise - McNeely - guidelines 2010 niet specifiek over survivors - Mustian - MA 2017 niet specifiek over survivors - NCCN Guideline Cancer related Fatigue – Cochrane review van Lahart Na overleg met de GDG wordt deze aanbeveling samengenomen met kernboodschap 4 en geherformuleerd tot: Adviseer regelmatige fysieke activiteit om vermoeidheid, angst en depressie bij kankerpatiënten in de nazorgfase te verminderen - Substantieel netto-voordeel. De voordelen van fysieke activiteit zijn in het algemeen groot, ook op andere risicofactoren die patiënten hebben. Er is, mits gehouden aan de richtlijnen, weinig risico. - Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten - Middelen: geen belangrijke issues, fysieke activiteit kan ook buiten kinepraktijk e.d. - Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België Wegens het substantiele netto voordeel en de matige zekerheid van bewijs kennen we GRADE 1C toe aan deze aanbeveling. Er is niet voor alle uitkomstmaten een even sterke mate van bewijs. We baseren de grade 1C op de evidentie voor de uitkomst angst en depressie (die is matig), dus 1C.	

Kernboodschap 3 + evidentieniveau		Survivors should strive for at least 150 minutes of weekly activity with an ultimate goal of 300 minutes or more of moderate-intensity activity or 75 minutes of vigorous-intensity activity or equivalent combination spread out over the course of the week om vermoeidheid te verminderen.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots:
		Bias:-
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar.
		Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.
T O E P A S B A A R	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep

Kernboodschap 3 + evidentieniveau		Survivors should strive for at least 150 minutes of weekly activity with an ultimate goal of 300 minutes or more of moderate-intensity activity or 75 minutes of vigorous-intensity activity or equivalent combination spread out over the course of the week om vermoeidheid te verminderen.
H E I D		
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		ja
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Streef naar een minimale wekelijkse activiteit van 150 minuten met een uiteindelijk doel van 300 minuten of meer matig intensieve of 75 minuten intensieve activiteit of een gelijkwaardige combinatie, gespreid over de week. Overweeg om te adviseren om twee tot drie sessies per week aan kracht-/weerstandstraining die de belangrijkste spiergroepen omvatten.		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
We hebben de formulering aangepast conform een zwakke aanbeveling		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
De studies waarnaar verwezen in de NCCN richtlijn behandelen niet specifiek outcome fatigue, wel mortaliteit. Bijkomende richtlijn Campbell iets andere formulering: - For training programs that last at least 12 weeks, engaging in moderate intensity aerobic training three times per week can significantly reduce cancer-related fatigue both during and after treatment - Moderate intensity combined aerobic plus resistance training sessions performed 2–3 times per week or twice weekly moderate intensity resistance training may also be effective, particularly in prostate cancer. - The effect of exercise was strongest for moderate to vigorous intensity exercise whereas the effect for low intensity training was weak and this level of exercise is unlikely to reduce fatigue - there is suggestive evidence that the reductions in fatigue are greater with exercise sessions longer than 30 minutes and programs longer than 12 weeks compared to less exercise - There is insufficient evidence for a linear dose response since going beyond 150 minutes per week of aerobic exercise does not appear to result in the greatest reductions in fatigue - The efficacy of exercise for this outcome appears to be independent of the level of supervision and/or setting for training		

Kernboodschap 3 + evidentieniveau	Survivors should strive for at least 150 minutes of weekly activity with an ultimate goal of 300 minutes or more of moderate-intensity activity or 75 minutes of vigorous-intensity activity or equivalent combination spread out over the course of the week om vermoeidheid te verminderen.
Er is matige zekerheid van bewijs dat wekelijkse matig intensieve tot intensieve aerobe activiteit vermoeidheid kan verminderen bij <u>cancer survivors</u> owv onderbouwing uit (reviews die uit de richtlijn komen): - MA van Tomlinson et al.(2014): beperkte kwaliteit, all exercices versus waiting/usual care - MA van Meneses-Echavez (2015): borstkanker, survivors, effect aerobe training (zie evidence table) - MA van Juvet 2017: borstkanker (tijdens en na behandeling - aparte analyses) (zie evidence table) Verschillende studies tonen algemeen het effect aan bij kankerpatiënten, niet specifiek in survivorsetting: - MA van van Vulpen 2016: during treatment (niet opgenomen in evidence table) - MA van Brown 2011: exercise interventions (er wordt niet apart naar post treatment groep gekeken) - MA van Cramp 2012: aerobe en weerstandstraining, maar niet specifiek post treatment in de cancer survivorgroep enkel kwalitatieve MA bij borstCa patiënten dus indirecte evidentie Na overleg met de GDG wordt deze aanbeveling samengenomen met KB 5-6-7 en geherformuleerd naar: Overweeg om te adviseren gecombineerde matig intensieve aerobe en weerstandsoefeningen, 2-3 keer per week gedurende ten minste 12 weken om vermoeidheid te verminderen en de HRQOL en het cardiopulmonair functioneren te verbeteren bij cancer survivors - Beperkt netto-voordeel, beperkte zekerheid van bewijs - Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend - Middelen: terugbetalinsmodaliteiten voor een dergelijk oefenprogramma in een gespecialiseerde kinesetting? - Gelijkheid: niet voor iedereen toegankelijk, afhankelijk van terugbetalinsmodaliteiten - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België Wegens het beperkte netto voordeel en de beperkte zekerheid van bewijs geven we deze aanbeveling GRADE 2C	

Kernboodschap 4 + evidentieniveau		Treatment recommendations for managing depression, anxiety, and distress include a strong recommendation for regular physical activity
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: Niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots:
		Bias:-
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken: Zie beoordeling van individuele studies in evidentie tabellen en ondervoorstel grade.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.
T O E P A S B A A R H E I	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep.

Kernboodschap 4 + evidentieniveau		Treatment recommendations for managing depression, anxiety, and distress include a strong recommendation for regular physical activity
D		
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		ja
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Regelmatige fysieke activiteit wordt sterk aanbevolen bij de behandeling van depressie en angst		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Na overleg met de GDG wordt deze aanbeveling samengenomen met kernboodschap 2 en geherformuleerd tot: Adviseer regelmatige fysieke activiteit om vermoeidheid, angst en depressie bij kankerpatiënten in de nazorgfase te verminderen		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Er is enige zekerheid van bewijs dat regelmatige fysieke activiteit de symptomen van angst en depressie verminderen bij <u>cancer survivors</u> owv onderbouwing uit: - MA van Brown et al. (2012): Cancer survivors, exercise, meeste interventies gebeuren tijdens behandeling (zie evidence table) - MA van Zhu et al. (2016): breast cancer survivors, tijdens en na behandeling (zie evidence table) - MA van Patsou et al. (2017): breast cancer survivors, interventie niet specifiek post treatment (zie evidence table) - Eigen gevonden MA: Gao et al. 2020: This review found no evidence of the influence of exercise on depression. <u>Niet specifiek in survivorsetting:</u> - Park et al (2014): niet in oncologische setting, patiënten met depressie (niet opgenomen in evidence table) Na overleg met de GDG wordt deze aanbeveling samengenomen met kernboodschap 2 en geherformuleerd tot: Adviseer regelmatige fysieke activiteit om vermoeidheid, angst en depressie bij kankerpatiënten in de nazorgfase te verminderen - Substantieel netto-voordeel. Fysieke activiteit is ook van voordeel ter preventie/management van andere aandoeningen. - Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten - Middelen: geen belangrijke issues, fysieke activiteit kan ook buiten kinepraktijk e.d. - Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België Finale aanbeveling met GRADE 1C We hebben het bewijs voor de verschillende uitkomstmaten samen genomen, en de grade aangepast naar de sterkte van de zwakste correlatie. Voor kernboodschap 2 is dit een 1C.) Gezamenlijk dus ook 1C		

Kernboodschap 5 + evidentieniveau		Lara Palomo 2020 – cardiopulmonair functioneren, HIIT training
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	
	Zoekstrategie:	Zoektermen:
		Type studies:
		Andere inclusie/exclusiecriteria: Conclusie: De zoekstrategie is uitgebreid en consistent.
	Consistentie:	Evidentietabellen:
	Evidentie → interpretatie	Forest plots:
		Bias:
		Level of evidence: Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken. Conclusie: Consistente interpretatie van de beschikbare evidence
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie:
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Zie onder. Deze interventie werd onder uitkomstmaat vermoeidheid reeds besproken.		

Kernboodschap 5 + evidentieniveau	Lara Palomo 2020 – cardiopulmonair functioneren, HIIT training
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
Na overleg met de GDG wordt deze aanbeveling samengenomen met KB 5-6-7 en geherformuleerd naar: Adviseer gecombineerde matig intensieve aerobe en weerstandsoefeningen, 2-3 keer per week gedurende ten minste 12 weken om vermoeidheid te verminderen en de HRQOL en het cardiopulmonair functioneren te verbeteren bij cancer survivors - Beperkt netto-voordeel, beperkte zekerheid van bewijs - Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend - Middelen: terugbetalingsmodaliteiten voor een dergelijk oefenprogramma in een gespecialiseerde kinesetting? - Gelijkheid: niet voor iedereen toegankelijk, afhankelijk van terugbetalingsmodaliteiten - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België Wegens het beperkte netto voordeel en de beperkte zekerheid van bewijs geven we deze aanbeveling GRADE 2C	

KERNBOODSCHAP 6 +.

Kernboodschap 6 + evidentieniveau		Combined moderate intensity aerobic and resistance exercise performed 2–3 times per week for at least 12 weeks results in improvements in HRQoL both during and after treatment
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: from June-August 2018
	Zoekstrategie:	Zoektermen: in Supplemental Material - niet terug te vinden
		Type studies: SR, MA, RCT
		Andere inclusie/exclusiecriteria: Conclusie: Geen besluit mogelijk over consistentie en uitgebreidheid van de zoekstrategie
	Consistentie:	Evidentietabellen: Table 2
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: niet beschikbaar
		Bias:
		Level of evidence: Gebaseerd op 2 RCT's. Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie: aanbeveling niet/onvoldoende onderbouwd door studies - ook zo vermeld in de aanbeveling 'too few high quality trials'

Kernboodschap 6 + evidentieniveau		Combined moderate intensity aerobic and resistance exercise performed 2–3 times per week for at least 12 weeks results in improvements in HRQoL both during and after treatment
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Gecombineerde matig intensieve aerobe en weerstandsoefeningen, 2-3 keer per week gedurende ten minste 12 weken, leiden tot verbeteringen in HRQoL tijdens en na de behandeling.		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Er is beperkte zekerheid van bewijs dat gecombineerde matig intensieve aerobe en weerstandsoefeningen, 2-3 keer per week gedurende ten minste 12 weken, leiden tot verbeteringen in HRQoL bij cancer survivors oww onderbouwing uit: In Campbell richtlijn: Gebaseerd op 3 MA's - MA van Lahart et al. (2018) Cochrane specifiek breast cancer, onmiddellijk na behandeling (zie evidence table) - MA van Buffart et al. (2017) niet specifiek in nazorg periode (zie evidence table) - MA van Sweegers et al; (2018) maakt voor de MA geen onderscheid tussen interventie tijdens en na de behandeling, beschrijven wel geen verschil op effect in QoL betreffende timing interventie (in evidence table) Na overleg met de GDG wordt deze aanbeveling samengenomen met KB 5-6-7 en geherformuleerd naar: Adviseer gecombineerde matig intensieve aerobe en		

Kernboodschap 6 + evidentieniveau	Combined moderate intensity aerobic and resistance exercise performed 2–3 times per week for at least 12 weeks results in improvements in HRQoL both during and after treatment
weerstandsoefeningen, 2-3 keer per week gedurende ten minste 12 weken om vermoeidheid te verminderen en de HRQOL en het cardiopulmonair functioneren te verbeteren bij cancer survivors - Beperkt netto-voordeel, beperkte zekerheid van bewijs - Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend - Middelen: terugbetalinsmodaliteiten voor een dergelijk oefenprogramma in een gespecialiseerde kinesetting? - Gelijkheid: niet voor iedereen toegankelijk, afhankelijk van terugbetalinsmodaliteiten - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België - Wegens het beperkte netto voordeel en de beperkte zekerheid van bewijs geven we deze aanbeveling GRADE 2C	

KERNBOODSCHAP 7 +.

Kernboodschap 7 + evidentieniveau		The benefit of combined aerobic plus resistance training programs appears more potent than programs consisting of only aerobic or resistance training
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: from June-August 2018
	Zoekstrategie:	Zoektermen: in Supplemental Material - niet terug te vinden
		Type studies: SR, MA, RCT
		Andere inclusie/exclusiecriteria: Conclusie: Geen besluit mogelijk over consistentie en uitgebreidheid van de zoekstrategie
	Consistentie:	Evidentietabellen: Table 2
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: niet beschikbaar
		Bias: Level of evidence: Gebaseerd op 1 MA/SR. Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
T O	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie: Consistente interpretatie van de beschikbare evidence
	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.

Kernboodschap 7 + evidentieniveau		The benefit of combined aerobic plus resistance training programs appears more potent than programs consisting of only aerobic or resistance training
E P A S B A A R H E I D	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		ja
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Het voordeel van gecombineerde programma's voor aerobe en weerstandstraining lijkt groter dan bij programma's die alleen uit aerobe of weerstandstraining bestaan.		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Er is beperkte zekerheid van bewijs dat gecombineerde aerobe plus weerstandstraining een sterkere verbetering geeft in QOL dan alleen aerobe of weerstandstraining bij cancer survivors owv onderbouwing uit: MA van Sweegers et al. (2018) interventie tijdens en na de behandeling (zie evidence table) Na overleg met de GDG wordt deze aanbeveling samengenomen met KB 5-6-7 en geherformuleerd naar: Adviseer gecombineerde matig intensieve aerobe en weerstandsoefeningen, 2-3 keer per week gedurende ten minste 12 weken om vermoeidheid te verminderen en de HRQOL en het cardiopulmonair functioneren te verbeteren bij cancer survivors - Beperkt netto-voordeel, beperkte zekerheid van bewijs - Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend - Middelen: terugbetalingsmodaliteiten voor een dergelijk oefenprogramma in een gespecialiseerde kinesetting? - Gelijkheid: niet voor iedereen toegankelijk, afhankelijk van terugbetalingsmodaliteiten - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België		

Kernboodschap 7 + evidentieniveau	The benefit of combined aerobic plus resistance training programs appears more potent than programs consisting of only aerobic or resistance training
Wegens het beperkte netto voordeel en de beperkte zekerheid van bewijs geven we deze aanbeveling GRADE 2C	

KERNBOODSCHAP 8 +.

Kernboodschap 8 + evidentieniveau		Improvements in HRQoL appear to be greater in supervised training programs or those having a larger supervised component than those that are predominantly unsupervised or home-based
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: from June-August 2018
		Zoektermen: in Supplemental Material - niet terug te vinden
		Type studies: SR, MA, RCT
		Andere inclusie/exclusiecriteria: Conclusie: Geen besluit mogelijk over consistentie en uitgebreidheid van de zoekstrategie
	Evidentie → interpretatie	Evidentietabellen: Table 2
		Forest plots: niet beschikbaar
		Bias:
		Level of evidence: geen verwijzing naar artikels/studies Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie: aanbeveling niet/onvoldoende onderbouwd door studies
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep

Kernboodschap 8 + evidentieniveau	Improvements in HRQoL appear to be greater in supervised training programs or those having a larger supervised component than those that are predominantly unsupervised or home-based
Courantheid (currency):	
Belgische context:	Idem
Aanbeveling adapteerbaar?	Ja
Voorstel geadapteerde aanbeveling	
De verbeteringen in HRQoL lijken groter te zijn in opleidingsprogramma's onder toezicht of met een groter onderdeel onder toezicht dan in programma's die voornamelijk zonder toezicht of aan huis plaatsvinden.	
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
GPP (zonder GRADE)	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
Er is beperkte evidentie dat er een grotere verbetering in HRQOL is bij gesuperviseerde trainingsprogramma's in vergelijking met de niet gesuperviseerde of home-based programma's owv onderbouwing uit: - MA van Sweegers et al. (2018) (interventie tijdens en na de behandeling) maakt ook subgroepanalyse (zie evidence table) Na overleg met de GDG werd voor deze aanbeveling bijkomend een Delphi gedaan en de aanbeveling werd geherformuleerd tot: Adviseer en verwijs door naar gesuperviseerde trainingsprogramma's ter verbetering van de HRQOL. Deze aanbeveling werd gevalideerd in de eerste ronde. - Substantieel netto-voordeel, geen directe evidence beschikbaar, volledige consensus in Delphi bevraging eerste ronde - Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend - Middelen: terugbetalingsmodaliteiten voor een dergelijk oefenprogramma in een gespecialiseerde kinesetting? - Gelijkheid: niet voor iedereen toegankelijk, afhankelijk van terugbetalingsmodaliteiten - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België	

KERNBOODSCHAP 9 +.

Kernboodschap 9 + evidentieniveau	Myofasciale therapie toont geen statistische verbetering van de QOL in vergelijking met andere interventies (Lara Palomo)
C O N S I	Consistentie:
	Zoektermen:
	Type studies:
	Andere inclusie/exclusiecriteria:
	Conclusie: De zoekstrategie is uitgebreid en consistent.
	Consistentie:
	Evidentietabellen:

Kernboodschap 9 + evidentieniveau		Myofasciale therapie toont geen statistische verbetering van de QOL in vergelijking met andere interventies (Lara Palomo)
S T E N T I E	Evidentie → interpretatie	Forest plots:
		Bias:
		Level of evidence: Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken. Conclusie: Consistente interpretatie van de beschikbare evidence
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie:
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Er is beperkte evidentie dat myofasciale therapie verbetering geeft van de QOL in vergelijking met andere interventies owv onderbouwing uit: - MA van Lara Palomo et al. (2021) : MA van beperkte kwaliteit, 2 studies van dezelfde auteur		

Kernboodschap 9 + evidentieniveau	Myofasciale therapie toont geen statistische verbetering van de QOL in vergelijking met andere interventies (Lara Palomo)
Gezien geen evidentie werd deze aanbeveling niet verder opgenomen in de richtlijn.	

KLINISCHE VRAAG 1.3: WELKE LEEFSTIJLADVIEZEN (BEWEGING, VOEDING, SLAAP, BEPERKT ALCOHOLGEBRUIK, NIET ROKEN) ZIJN AANGEWZEN BIJ ONCOLOGIEPATIËNTEN TIJDENS DE VERSCHILLENDE FASEN VAN DE NAZORG?

PICO:	P: Oncologiepatiënten die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden) I: Leefstijladviezen (in consult of begeleidingstraject) en Patiënten educatie rond fysieke aspecten C: usual care of minimale revalidatie O: pijn, vermoeidheid, angst, depressie, QOL, acceptatie, zingeving
Geselecteerde richtlijn(en) met AGREE II:	NCCN survivorship

KERNBOODSCHAP 1 +.

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Leefstijlinterventies kunnen een invloed hebben op de levenskwaliteit bij cancer survivors.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	
	Zoekstrategie:	Zoektermen:
		Type studies:
		Andere inclusie/exclusiecriteria:
		Conclusie: De zoekstrategie is uitgebreid en consistent.
	Consistentie:	Evidentietabellen:
	Evidentie → interpretatie	Forest plots:
		Bias:
		Level of evidence: Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken. Conclusie: Consistente interpretatie van de beschikbare evidence
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie:
T O E A	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Leefstijlinterventies kunnen een invloed hebben op de levenskwaliteit bij cancer survivors.
S B A A R H E I D	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Deze aanbeveling is gebaseerd op de MA van Smits et al. (2015): - Klein netto-voordeel gezien de zwakte van het bewijs. De voordelen voor de patiënt zijn ook gelinkt aan hun voorkeuren en de mogelijkheden die mensen hebben om leefstijl interventies te kunnen uitvoeren. - Zeer lage kwaliteit van bewijs (zie evidentietabel) - Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend - Middelen: geen belangrijke issues, wel belangrijk indien specifieke interventieprogramma's, afhankelijk van de kostprijs/terugbetalingsmodaliteiten. - Gelijkheid: geen belangrijke issues, , wel belangrijk indien specifieke interventieprogramma's, afhankelijk van de kostprijs/terugbetalingsmodaliteiten. - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België, vraagt wel extra consulttijd, of apart programma/consult bij vepleegkundige/leefstijlcoach... Omwille van het kleine netto-voordeel en de zeer lage kwaliteit van bewijs (gebaseerd op 3 studies) gaven we deze aanbeveling een GRADE score 2C. Tijdens het GDG overleg werd besloten om deze aanbeveling niet apart op te nemen aangezien deze in lijn is met de aanbevelingen uit vraag 2.		

Kernboodschap 2 + evidentieniveau	It is recommended that primary care clinicians should counsel survivors to engage in regular physical activity
Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%)	
- Substantieel netto-voordeel, gezien de multiple benefits van fysieke activiteit voor de preventie van ziekten en mentale gezondheid van mensen in het algemeen. - Waarden en voorkeuren: geen belangrijke issues - Middelen: geen belangrijke issues - Gelijkheid: geen belangrijke issues - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
Voorstel geadapteerde aanbeveling	
Adviseer patiënten om regelmatig aan lichaamsbeweging te doen.	

KERNBOODSCHAP 3 +.

Kernboodschap 3 + evidentieniveau	It is recommended that survivors have access to self-management-focused education and support to facilitate tailored adoption of healthy lifestyle behaviours (inclusive of daily physical activity, balanced nutrition, and smoking cessation programs) designed to improve health-related quality-of-life and physiologic outcomes and to reduce distress and risk of recurrence.
Eerste ronde Delphi: volledige consensus (>70%)	
- Zeer lage kwaliteit van bewijs - Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend - Middelen: geen belangrijke issues, wel belangrijk indien specifieke interventieprogramma's, afhankelijk van de kostprijs/terugbetalingsmodaliteiten. - Gelijkheid: geen belangrijke issues, , wel belangrijk indien specifieke interventieprogramma's, afhankelijk van de kostprijs/terugbetalingsmodaliteiten. - Aanvaardbaarheid: geen belangrijke issues - Haalbaarheid: geen belangrijke issues, toepasbaar in de eerstelijnszorg in België, vraagt wel extra consulttijd, of apart programma/consult bij vepleegkundige/leefstijlcoach... Deze interventies omvatten gedragsverandering en barrières kunnen dus aanwezig zijn op individueel, sociaal en omgevingsniveau van de patiënt – zie ook onder kl vr 2.	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	
Voorstel geadapteerde aanbeveling	
Geef patiënten toegang tot op zelfmanagement gerichte educatie en ondersteuning rond gezonde levensstijl (inclusief dagelijkse lichaamsbeweging, evenwichtige voeding en rookstop) om de gezondheid gerelateerde levenskwaliteit en fysiologische resultaten te verbeteren en het recidiefrisico te verminderen.	

KLINISCHE VRAAG 1.4: WELKE PSYCHOSOCIALE ONDERSTEUNING, ZELFZORG EN – MANAGEMENT, STRESS-MANAGEMENT, ANGSTREDUCTIE ... ZIJN AANGEWEZEN BIJ ONCOLOGIEPATIËNTEN TIJDENS DE VERSCHILLENDE FASEN VAN DE NAZORG?

PICO:	P: Oncologiepatiënten die niet in het ziekenhuis verblijven, na het afronden van de intensieve specialistische behandeling, zowel patiënten in remissie als chronische patiënten die niet curatief meer behandeld kunnen worden, niet in een palliatief stadium stadium (van wie niet verwacht wordt binnen het jaar te komen overlijden) I: Psychosociale ondersteuning C: usual care of minimale revalidatie O: pijn, vermoeidheid, angst, depressie, QOL, acceptatie, zingeving
Geselecteerde richtlijn(en) met AGREE II:	NCCN survivorship

KERNBOODSCHAP 1 +.

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Psychological support of the survivor with chronic pain is necessary, and referral to psychosocial services should be considered for survivors in distress.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: niet beschikbaar
		Bias: -
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Psychological support of the survivor with chronic pain is necessary, and referral to psychosocial services should be considered for survivors in distress.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie: Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapolerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		ja
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Overweeg eventueel verwijzing voor psychosociale ondersteuning of integratieve therapie voor het verminderen van pijn, vermoeidheid, angst en depressie bij cancer survivors		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Formulering verder aangepast gezien de zwakke aanbeveling. 'Eventueel' werd toegevoegd om het verschil met de aanbeveling of over psychosociale interventies (matig evidentie) te accentueren. tussen de Voorts werd in de GHD besloten om verschillende KB samen te voegen in 1 aanbeveling: (zie KB 4 blz 105)Overweeg verwijzing voor psychosociale ondersteuning of integratieve therapie voor het verminderen van pijn, vermoeidheid, angst en depressie bij cancer survivors		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Er is beperkte zekerheid van bewijs dat psychologische ondersteuning en verwijzing naar psychologische diensten pijn bij cancer survivors kan verminderen in vergelijking met usual care.		

Kernboodschap 1 + evidentieniveau		Psychological support of the survivor with chronic pain is necessary, and referral to psychosocial services should be considered for survivors in distress.
Verschillende studies met verschillende interventies suggereren een positief effect op pijn, maar in zijn algemeenheid zijn de studies nog erg beperkt en deze studies zijn niet specifiek voor nazorgfase. - Kwekkeboom 2010: mind-body interventions, reviewartikel, geen MA, niet specifiek in de nazorgfase - Keefe 2005: artikel op te vragen - Sheinfeld 2012: niet specifiek in de nazorgfase, kankerpatiënten Er is een MA die verschillende interventies op pijn bij borstkankerpatiënten onderzocht. Resultaten suggereren een effect maar meer onderzoek is nodig. - Johannsen 2013: borstkankerpatiënten, tijdens en na behandeling (zie evidence table) Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: beperkte zekerheid van bewijs Balans voor- en nadelen: Beperkt netto-voordeel in het voordeel van de aanbeveling Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend Middelen: afhankelijk van de terugbetalingsmodaliteiten Gelijkheid: niet voor alle patiënten toegankelijk en erg afhankelijk van de kostprijs en terugbetalingsmodaliteiten Aanvaardbaarheid: verschillen te verwachten zowel bij patiënten als zorgverleners Haalbaarheid: geen belangrijke issues Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België. Omwille van het kleine netto-voordeel en de lage kwaliteit van bewijs gaven we deze aanbeveling een GRADE score 2C.		

KERNBOODSCHAP 2 +.

Kernboodschap 2 + evidentieniveau		Yoga may be helpful for pain management in cancer survivors.
C O N S I S	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))

Kernboodschap 2 + evidentieniveau		Yoga may be helpful for pain management in cancer survivors.
T E N T I E		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie: Evidentie → interpretatie	Evidentietabellen: niet beschikbaar
		Forest plots: niet beschikbaar
		Bias: -
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
	Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie: Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapolatie naar doelgroep van patiënten?	Extrapolatie naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Yoga kan helpend zijn in de pijnbehandeling bij kanker 'survivors'.		

Kernboodschap 2 + evidentieniveau	Yoga may be helpful for pain management in cancer survivors.
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling	
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan	
Er is beperkte zekerheid van bewijs dat Yoga de pijn bij cancer survivors kan verminderen in vergelijking met de usual care oww onderbouwing uit: - RCT van Peppone et al. (2015) bij 167 breast cancer survivors. (zie evidence table - significant trend) In overleg met de GDG werd besloten om deze aanbeveling niet op te nemen gezien de beperkte evidentie.	

KERNBOODSCHAP 3 +.

Kernboodschap 3 + evidentieniveau		Psychosociale interventies verminderen vermoeidheid bij cancer survivors.
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ((("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
	Consistentie:	Evidentietabellen: niet beschikbaar
		Forest plots: niet beschikbaar
	Evidentie → interpretatie	Bias: -
		Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar
		Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
Consistentie: Interpretatie → aanbeveling	Conclusie: Correcte interpretatie van de beschikbare evidence.	

Kernboodschap 3 + evidentieniveau		Psychosociale interventies verminderen vermoeidheid bij cancer survivors.
T O E P A S B A A R H E I D	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.
	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Psychosociale interventies verminderen vermoeidheid bij cancer survivors. (GRADE 2B)		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Er is beperkte zekerheid van bewijs dat psychosociale interventies vermoeidheid verminderen bij cancer survivors in vergelijking met usual care:: Verschillende MA tonen het effect van psychosociale interventies zoals CBT, MBSR, psycho-educatie op vermoeidheid Kankerpatiënten in het algemeen, niet specifiek in nazorgfase: - Jacobsen 2007: MA algemeen kankerpatiënten; niet specifiek post treatment (zie evidence table) - Mustian 2017: MA niet specifiek nazorgperiode (zie evidence table) - Mustian 2007: reviewartikel, geen MA, vnl tijdens behandeling, heel beschrijvend, uiteenlopende interventies - Bennet 2016: MA niet specifiek in de nazorgperiode – klein effect op verminderen van vermoeidheid Specifiek in nazorgfase: - MA van Duijts et al (2011): borstkankerpatiënten tijdens en na behandeling (zie evidence table): exercise programs, behavioral techniques, including CBT, relaxation techniques, counseling, social support, hypnosis, and biofeedback, are beneficial in		

Kernboodschap 3 + evidentieniveau	Psychosociale interventies verminderen vermoeidheid bij cancer survivors.
improving fatigue among patients with breast cancer during and after treatment (standardized mean difference [SMD], -0.16). - RCT van Lengacher et al. (2016): mindfulness bij borstkanker survivors	

KERNBOODSCHAP 4 +.

Kernboodschap 4 + evidentieniveau		Consider referral for integrative therapies (ie, mindfulness meditation, imagery/hypnosis, yoga)
C O N S I S T E N T I E	Consistentie:	Zoekstrategie: Geen details over exacte data (wordt niet vermeld, noch in RL, noch in supplementary material op website)
	Zoekstrategie:	Zoektermen: (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivors"[MeSH Terms] OR "survivors"[All Fields] OR "survivor"[All Fields])) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("survivorship"[All Fields]))
		Type studies: Clinical Trial, Phase II; Clinical Trial, Phase III; Practice Guideline; Randomized Controlled Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; and Validation Studies
		Andere in/exclusiecriteria: Taal: Engels Conclusie: zoekstrategie is uitgebreid en consistent
		Consistentie:
	Evidentie → interpretatie	Forest plots: niet beschikbaar
		Bias: - Level of evidence: Er zijn besprekingen van de geselecteerde studies en deze komen overeen met de kernboodschap. De methode voor de toekenning van het evidence niveau is niet duidelijk zichtbaar Kosten en baten van de kernboodschap werden niet besproken.
		Consistentie: Interpretatie → aanbeveling
T O E P	Vereiste deskundigheid aanwezig?	Vereist geen specifieke deskundigheid.
	Organisatorische barrières praktijkvoering?	Geen organisatorische barrières.

Kernboodschap 4 + evidentieniveau		Consider referral for integrative therapies (ie, mindfulness meditation, imagery/hypnosis, yoga)
A S B A A R H E I D	Economische, financiële barrières, randvoorwaarden?	Geen economische of financiële barrières en randvoorwaarden.
	Extrapoleerbaarheid naar doelgroep van patiënten?	Extrapoleerbaar naar patiëntendoelgroep
Courantheid (currency):		Geen nieuwe studies – NCCN dateert van 2022
Belgische context:		Idem
Aanbeveling adapteerbaar?		
Voorstel geadapteerde aanbeveling		
Overweeg verwijzing naar integratieve behandelingen zoals mindfulness, meditatie, hypnose, yoga.		
Korte toelichting totstandkoming aanbeveling		
Voorstel GRADE met korte toelichting totstandkoming ervan		
Er is beperkte evidentie dat alternatieve therapieën angst en depressie bij cancer survivors kunnen verminderen in vergelijking met usual care. Alternatieve therapieën kunnen helpend zijn, maar effectiviteit is eerder beperkt. Mindfulness is beste ondezocht, Verwijzing naar enkele RCT's en MA - MA van Cramer et al. 2012: effect van yoga bij borstkanker survivors - Greenlee 2017 BC integr therapy - Salhofer 2016 Cochrane: hematologische maligniteit, meditatie, voor depressie 1 studie - Stan 2012: reviewartikel, verschillende interventies (Tai Chi, yoga, Pilates), geen MA - Bower 2015 RCT meditatie BC - Carlson 2013 RCT - Carlson 2016 RCT - Huang 2016 MA, mindfulness, BC, outcome depressie en angst (zie evidence table) - Lengacher 2016 RCT		

Na overleg met de GDG werd besloten om de verschillende aanbevelingen samen te nemen en te herformuleren tot: **Overweeg eventueel verwijzing voor psychosociale ondersteuning of integratieve therapie voor het verminderen van pijn, vermoeidheid, angst en depressie bij kankerpatiënten in de nazorgfase.** (grade 2C)

- Beperkt netto-voordeel
- Waarden en voorkeuren: voorkeur van de patiënt is bepalend
- Middelen: afhankelijk van de terugbetalingsmodaliteiten
- Gelijkheid: niet voor alle patiënten toegankelijk en erg afhankelijk van de kostprijs en terugbetalingsmodaliteiten
- Aanvaardbaarheid: verschillen te verwachten zowel bij patiënten als zorgverleners
- Haalbaarheid: geen belangrijke issues

Gezien de beperkte zekerheid van bewijs en het beperkte netto voordeel kreeg deze aanbeveling de GRADE score 2C. 'Eventueel' werd toegevoegd om het verschil met de aanbeveling of over psychosociale interventies (matig evidentie) te accentueren.

KLINISCHE VRAAG II.1 : IDENTIFIER LES BESOINS ET LES OBJECTIFS

KERNBOODSCHAP 1A evidentieniveau GPP	Fixer des objectifs communs en réalisant des réunions interdisciplinaires.
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund. Delphi:	
Toelichting Fr : Deux types de réunions peuvent coexister. Des réunions de réseau sur base territoriale, non hôpitaux centrés, pour se rencontrer et faciliter la confiance, pour discuter des outils afin de prendre l'habitude de les utiliser, etc... Ces réunions ne sont pas centrées sur des patients spécifiques. Des réunions plus courtes qui répondent au besoin d'ajustement autour d'un patient spécifique. Actuellement, les consultations multidisciplinaires en oncologie (CMO) permettent cette institutionnalisation au sein des hôpitaux, mais principalement pour les éléments biomédicaux et non pour les éléments psychosociaux. La création d'un autre type de COM, plus biopsychosocial, axé non pas sur le diagnostic du cancer mais sur le suivi des survivants, pourrait être une solution. Une rémunération facilitée des professionnels qui se réunissent autour du cas d'un patient, avec un paiement systématisé et accessible à une plus grande diversité de professionnels de l'aide et des soins. Le paiement au forfait permet d'être financé pour les temps de collaboration sans se soucier des démarches administratives. Organiser une régularité des réunions. Donner la possibilité de participer aux réunions en visioconférence de façon simple, sécurisée et rémunérée. Nl: Er kunnen twee soorten bijeenkomsten naast elkaar bestaan. Enerzijds netwerkbijeenkomsten op territoriale basis, niet ziekenhuisgericht, om elkaar te ontmoeten en het vertrouwen te bevorderen, om instrumenten te bespreken om ze te leren gebruiken, enz. Deze bijeenkomsten zijn niet patiëntgebonden. Daarnaast kortere bijeenkomsten die inspelen op de behoefte aan aanpassing rond een specifieke patiënt. Momenteel maken de Multidisciplinaire Oncologie Overleggen (MOC's) deze institutionalisering binnen de ziekenhuizen mogelijk, maar hoofdzakelijk voor biomedische elementen en niet voor psychosociale elementen. De oprichting van een ander type COM, meer biopsychosociaal, dat niet gericht is op de diagnose van kanker maar op de follow-up van overlevenden, zou een oplossing kunnen zijn. Gefaciliteerde beloning van professionals die bijeenkomen rond het geval van een patiënt, met gesystematiseerde betaling die toegankelijk is voor een groter aantal zorg- en hulpverleners. Betaling op forfaitaire basis maakt het mogelijk te worden gefinancierd voor de samengebrachte tijd zonder zich zorgen te hoeven maken over administratieve procedures. Organiseer regelmatige bijeenkomsten. Voorzien in de mogelijkheid om op een eenvoudige, veilige en betaalde manier deel te nemen aan vergaderingen per videoconferentie.	

Onderbouwing

Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders

Cette recommandation a été formulée et fortement soutenue sur la base des données des groupes focus. Elle a fait l'objet d'un consensus à l'issue d'un processus Delphi entre les parties prenantes.

- **Afwegingen voor- en nadelen / rapport bénéfices-risques:** bénéfique car possibilité de fixer des objectifs communs pendant la réunion.
- **Waarden en voorkeuren / valeurs et préférences :** planifier les soins en termes d'objectifs est beaucoup plus accessible pour le patient et opérationnel pour les professionnels. Malgré tout cela reste peu pratiqué pendant les COM qui restent centrées sur des objectifs intra-hospitaliers, sans aborder les objectifs psycho-sociaux et de la vie quotidienne pour le retour à domicile. Het plannen van zorg in termen van doelstellingen is veel toegankelijker voor de patiënt en operationeel voor de professionals. Dit wordt echter niet algemeen toegepast tijdens MOC's, die gericht blijven op intramurale doelstellingen, zonder aandacht te besteden aan psychosociale doelstellingen en doelstellingen voor het dagelijks leven bij terugkeer naar huis.
- **Middelen / ressources:** La COM est déjà financée mais nécessité d'élargir la compensation financière à tous les prestataires concernés. De COM wordt reeds gefinancierd, maar de financiële compensatie moet worden uitgebreid tot alle betrokken dienstverleners. En visioconférence, elle est plus accessible temporellement. Door videoconferenties is het in de tijd beter toegankelijk.
- **Gelijkheid / équité:** tous les patients oncologiques devraient bénéficier de COM/MOC.
- **Aanvaardbaarheid / acceptabilité :** les enjeux des médecins généralistes et des paramédicaux doivent aussi être abordés.
- **Haalbaarheid / faisabilité :** seulement si en visioconférence pour les médecins généralistes. Les invitations de la part des hôpitaux sont encore trop rares. alleen via videoconferentie voor huisartsen. Uitnodigingen van ziekenhuizen komen nog te weinig voor.

GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)

KERNBOODSCHAP 1B evidentieniveau GPP

Fixer des objectifs communs en réalisant une téléconsultation multipartite entre plusieurs professionnels et le patient.

Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund

Delphi:

Toelichting

Fr : téléconsultation augmente la compréhension du travail de chacun et développe une confiance mutuelle et un dialogue plus riche entre les professionnels. Elle permet de faire l'expérience d'un partage de responsabilités dans les différentes phases de soins, notamment pour les MG. Elle permet d'accroître la réactivité mais demande une confiance mutuelle entre MG et spécialiste. Deux formats existent : TC pour l'urgence généralement par téléphone et TC organisée pour établir les objectifs communs.

L'utilisation de la téléconsultation nécessite : De bien sélectionner les participants qui peuvent en bénéficier en tenant compte des inégalités sociales de santé (déplacement difficile, aisance avec les outils informatiques, nécessité d'une consultation interdisciplinaire, problèmes financier, problèmes auditifs ou visuels...), de bloquer les plages horaires

nécessaires à ce type de consultation, un accord sur des plages horaires communes entre professionnels de 1ère et 2ème ligne), l'utilisation d'un outil sécurisé, la reconnaissance et tarification correcte et facilitation des démarches administratives. La TC peut se faire du cabinet du MG avec le patient présent et en communiquant à distance avec l'équipe oncologie et/ou d'autres professionnels impliqués. Sous cette forme les problèmes d'utilisation de l'outil par le patient sont éliminés.

NI: Tele-Consultatie vergroot het inzicht in elkaars werk en ontwikkelt wederzijds vertrouwen en een rijkere dialoog tussen professionals. Het maakt een gedeelde verantwoordelijkheid mogelijk in de verschillende fasen van de zorg, met name voor huisartsen. Het verhoogt het reactievermogen, maar vereist wederzijds vertrouwen tussen huisartsen en specialisten. Er bestaan twee vormen: TC voor noodgevallen, meestal telefonisch, en georganiseerde TC om gemeenschappelijke doelstellingen vast te stellen.

Het gebruik van teleconsultatie vereist: een zorgvuldige selectie van de deelnemers die ervan kunnen profiteren, rekening houdend met sociale ongelijkheden op het gebied van gezondheid (moeilijk verplaatsbaar, vertrouwd met computerhulpmiddelen, behoefte aan een interdisciplinaire raadpleging, financiële problemen, gehoor- of gezichtsproblemen, enz. (Overeenstemming over gemeenschappelijke tijdstippen tussen 1ste en 2de lijns werkers)/ Gebruik van een beveiligd instrument/ Herkenning en correcte prijsbepaling en vergemakkelijking van de administratieve procedures/ CT kan gebeuren vanuit de huisartsenpraktijk in aanwezigheid van de patiënt en op afstand communiceren met het oncologieteam en/of andere betrokken beroepsbeoefenaars. In deze vorm worden de problemen met het gebruik van de tool door de patiënt geëlimineerd.

Onderbouwing

Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders

- **Substantieel netto-voordeel:** bénéfique car possibilité de fixer rapidement des objectifs commun étant donné le petit nombre d'acteurs. Le patient peut être impliqué. gunstig omdat gemeenschappelijke doelen snel kunnen worden vastgesteld, gezien het kleine aantal actoren. De patiënt kan erbij worden betrokken.
- **Waarden en voorkeuren:** permet la personnalisation des objectifs. maakt het mogelijk de doelstellingen aan te passen.
- **Middelen:** coûts liés à la technologie. gain de temps à l'utilisation (économie de déplacement). kosten in verband met de technologie. tijdsbesparing bij het gebruik (reiskostenbesparing).
- **Gelijkheid:** perte d'accessibilité liée aux compétences numériques des acteurs
- **Aanvaardbaarheid:** faible pour les acteurs réticent à la technologie et au partage de données informatisées. zwak voor actoren die aarzelen om technologie te gebruiken en computergegevens te delen.
- **Haalbaarheid:** les outils existent déjà et sont assez simple d'utilisation. Des (in)formations restent nécessaires pour certains acteurs. De instrumenten bestaan al en zijn vrij gemakkelijk te gebruiken. Voor sommige actoren is nog (bij)scholing nodig.

GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)

Klinische vraag II.2 : Répartir les tâches

Kernboodschap 2a	Elaborer un plan de soins de survie permettrait la répartition des tâches et fonctions à condition qu'il soit multidisciplinaire et rédigé dans un langage accessible de tous.
evidentieniveau GPP	

	Ontwikkel een multidisciplinair zorgplan voor opvolging en taakafspraken in een voor iedereen toegankelijke taal
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund Delphi:	
Toelichting Fr: Le plan de soin de suivi nécessite d'être harmonisé entre les différentes institutions. Ce plan doit comprendre un résumé complet des soins, les directives de pratique clinique (dont les responsabilités des différents acteurs), des détails sur les services hospitaliers supplémentaires reçus et des informations sur les problèmes courants rencontrés pour le cancer spécifique, des recommandations sur les comportements liés à un mode de vie sain et des ressources pour promouvoir l'autonomie et des informations sur les services communautaires disponibles. Les grands thèmes étant commun à tous les cancers (reprise du travail, santé sexuelle, acceptation du corps, acceptation des traitements...) ils devraient faire partie d'un canevas unique. Cela faciliterait la prise en main de cet outil par tous les intervenants. Le plan de soin de survie peut être interactif. Les tâches sont marquées comme terminées, les résultats et les informations sont téléchargés et partagés. Les patients ont accès à l'ajout de mesures, de notes et au partage de documents. Des directives européennes sont actuellement en cours d'élaboration et prévoient également cette obligation. Ce plan de suivi devra donc répondre à des exigences de qualité. NL: Het zorgplan moet tussen de verschillende instellingen worden geharmoniseerd. Dit plan moet een uitgebreide samenvatting van de zorg bevatten, richtsnoeren voor klinische praktijken (met inbegrip van de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren), details over aanvullende ziekenhuisdiensten die zijn ontvangen en informatie over veel voorkomende problemen bij de specifieke kanker, aanbevelingen voor een gezonde levensstijl en middelen om de onafhankelijkheid te bevorderen, en informatie over beschikbare gemeenschapsdiensten. Aangezien de belangrijkste thema's voor alle kankersoorten gelden (terugkeer naar het werk, seksuele gezondheid, aanvaarding van het lichaam, aanvaarding van de behandeling...) moeten zij deel uitmaken van één enkel kader. Dit zou het voor alle betrokkenen gemakkelijker maken dit instrument te gebruiken. Het overlevingszorgplan kan interactief zijn. Taken worden gemarkeerd als voltooid, resultaten en informatie worden geüpload en gedeeld. Patiënten hebben toegang om metingen en notities toe te voegen en documenten te delen. Europese richtlijnen worden momenteel ontwikkeld die dit ook vereisen. Er zullen dan ook kwaliteitseisen aan zo'n nazorgplan worden gesteld. Onderbouwing Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders – Substantieel netto-voordeel: formalise les décisions et facilite la continuité des soins dit formaliseert gezamenlijke afspraken en faciliteert continuïteit van zorg. – Waarden en voorkeuren: Toutes les parties prenantes soutiennent cette approche. Alle stakeholders en ervaringsdeskundigen ondersteunen deze aanpak. – Middelen: La rédaction de ces plans est à financer. het organiseren van dit plan zou in de toekomst gefinancierd kunnen worden. – Gelijkheid: si les plans sont acceptés au niveau national – Aanvaardbaarheid: dépend de la formation des professionnels. hangt af van de opleiding van professionals – Haalbaarheid: bonne/goed GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	

Kernboodschap 2b Evidentieniveau GPP	L'utilisation du dossier de santé informatisé partagé (DSI) ou des messageries électroniques facilite la répartition des tâches et fonctions (GPP)
Focus groep Fr en Ned: Delphi:	
Toelichting Fr : Le dossier de santé informatisé nécessite de former les professionnels de la santé à son utilisation. Aujourd'hui, les réseaux de santé (hubs) organisent le partage des documents médicaux selon une matrice d'accès qui catégorise chaque type d'information en fonction de chaque profession (toutes les professions de l'aide et des soins n'étant pas reprises). Pour l'utilisation optimale de cet outil, il est indispensable de faciliter le partage des données par les professionnels en reliant tous les logiciels existant en Belgique. Une autre vision se développe en partant du postulat que tout patient est d'accord de partager ses données à tous les professionnels avec qui il a un lien thérapeutique, sauf s'il exprime clairement son opposition. Toutefois cette façon de fonctionner ne tient pas compte de « l'innocence » des patients qui n'imaginent pas toujours ce que cela implique. Nécessite de bien informer les patients. Une autre façon de faire serait que ce soit le patient qui donne accès aux praticiens avec lesquels il souhaite partager ses données médicales. Cela nécessiterait une attitude proactive de la part des patients qui auraient aussi besoin d'être bien informés afin de pouvoir faire des choix éclairés. Il existe déjà des ressources telles que "Helenacare", COZO et d'autres applications qui permettraient de le faire. NI Het elektronisch gezondheidsdossier vereist een opleiding voor gezondheidswerkers in het gebruik ervan. Vandaag organiseren de gezondheidsnetwerken (hubs) het delen van medische documenten volgens een toegangsmatrix die elk type informatie categoriseert per beroep (niet alle hulp- en zorgberoepen zijn inbegrepen). Voor een optimaal gebruik van dit instrument is het essentieel dat het delen van gegevens door beroepsbeoefenaren wordt vergemakkelijkt door alle bestaande software in België te koppelen. Een andere visie ontwikkelt zich op basis van de veronderstelling dat alle patiënten instemmen met het delen van hun gegevens met alle beroepsbeoefenaren met wie zij een therapeutische band hebben, tenzij zij zich daar duidelijk tegen verzetten. Deze manier van werken houdt echter geen rekening met de "onschuld" van patiënten die zich niet altijd kunnen voorstellen wat dit inhoudt. Patiënten moeten goed worden geïnformeerd. Een andere manier zou zijn dat de patiënt toegang verleent aan de beroepsbeoefenaars met wie hij zijn medische gegevens wil delen. Dit vereist een proactieve houding van de patiënten, die ook goed geïnformeerd moeten zijn om weloverwogen keuzes te kunnen maken. Er bestaan al middelen zoals 'Helenacare', COZO en andere toepassingen die dit mogelijk zouden maken. Onderbouwing Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders – Substantieel netto-voordeel: Les dossiers électroniques des patients font aujourd'hui partie des pratiques de qualité. Les échanges entre les dossiers électroniques et le patient sont également de plus en plus fréquents. Cela a pour avantage d'impliquer plus activement tout le monde et le patient lui-même dans le traitement. électroniques patientendossiers zijn tegenwoordige onderdeel van kwaliteitsvolle praktijkvoering. De uitwisseling tussen elektronische dossiers en met de patient worden ook meer	

gebruikelijk. De voordelen hiervan zijn om iedereen en ook de patient zelf meer actief te betrekken in de behandeling, en dus te activeren. - Waarden en voorkeuren: dépend de la sécurité et de la confidentialité. In het algemeen neemt de weerstand tegen deze werkwijze af en verwacht wordt dat deze trend door zet, als mensen de voordelen zien en de veiligheid goed gewaarborgd blijkt. - Middelen: coût assez important de l'informatisation. de financiering van veilige digitale omgevingen is een taak van de overheid.. - Gelijkheid: Les environnements numériques sont problématiques pour les personnes qui ont moins de connaissances en la matière. Des moyens alternatifs et complémentaires devraient être envisagés, par exemple par l'intermédiaire d'un soignant ou en consultant le portail conjointement avec un soignant. digitale omgevingen zijn voor mensen die minder digitaal vaardig zijn problematisch. Hiervoor moet worden nagedacht over alternatieve en complementaire middelen, bv via een mantelzorger of via gezamenlijk met een zorgverlener het portaal bekijken. - Aanvaardbaarheid: En général, la résistance à ce mode de fonctionnement diminue et cette tendance devrait se poursuivre si les gens en voient les avantages et si la sécurité semble bien assurée. In het algemeen neemt de weerstand tegen deze werkwijze af en verwacht wordt dat deze trend door zet, als mensen de voordelen zien en de veiligheid goed gewaarborgd blijkt. - Haalbaarheid: dépend de l'informatisation. slechts goed haalbaar in een elektronische gezamenlijke omgeving	GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)
---	---

Kernboodschap 2c evidentieniveau	La téléconsultation tripartite (ex : oncologue, MG et patient) est un outil de collaboration permettant de se répartir les tâches et fonctions.
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund	
Delphi:	
Toelichting : voir 1b	
Fr: La téléconsultation augmente la compréhension du travail de chacun et développe une confiance mutuelle et un dialogue plus riche entre les professionnels. Elle permet de faire l'expérience d'un partage de responsabilités dans les différentes phases de soins, notamment pour les MG. Elle permet d'accroître la réactivité mais demande une confiance mutuelle entre MG et spécialiste. Deux formats existent : TC pour l'urgence généralement par téléphone et la TC organisée Nl: Teleconsultatie vergroot het inzicht in elkaars werk en ontwikkelt wederzijds vertrouwen en een rijkere dialoog tussen professionals. Het maakt een gedeelde verantwoordelijkheid mogelijk in de verschillende fasen van de zorg, met name voor huisartsen. Het verhoogt het reactievermogen, maar vereist wederzijds vertrouwen tussen huisartsen en specialisten. Er bestaan twee vormen: TC voor noodgevallen, meestal telefonisch, en georganiseerde TC.	
Onderbouwing Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders • Substantieel netto-voordeel: voir 1b	

• Waarden en voorkeuren: voir 1b • Middelen: voir 1b • Gelijkheid: voir 1b • Aanvaardbaarheid: voir 1b • Haalbaarheid: voir 1b
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)

Klinische vraag II.3: Institutionnaliser les collaborations entre organisations

Kernboodschap 3a evidentieniveau GPP	Trois outils permettent de rendre structurelles les collaborations: (1) Organiser des réunions interdisciplinaires régulières. (2) Utiliser systématiquement un plan de soin de survie. (3) Utiliser systématiquement un dossier de santé informatisé. Drie instrumenten faciliteert om samenwerking structureel te maken: (1) Organiseren regelmatige interdisciplinaire bijeenkomsten. (2) Systematisch gebruik van een overlevenden zorgplan. (3) Systematisch gebruik van een elektronisch patientendossier.
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund	
Delphi:	
Toelichting:	
Fr: Actuellement les Concertations Oncologiques Multidisciplinaires (COM) permettent cette institutionnalisation au sein des hôpitaux mais principalement pour les éléments biomédicaux et pas pour les éléments psycho-sociaux. La création d'un autre type de COM plus biopsychosociale, s'intéressant non pas au diagnostic de cancer mais au suivi des survivants pourrait être une solution. Nl: Momenteel maken de Multidisciplinaire Oncologie Overleggen (MOC's) deze institutionalisering binnen de ziekenhuizen mogelijk, maar hoofdzakelijk voor biomedische elementen en niet voor psychosociale elementen. De oprichting van een ander type COM, meer biopsychosociaal, dat niet gericht is op de diagnose van kanker maar op de follow-up van overlevenden, zou een oplossing kunnen zijn. Onderbouwing Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders – Substantieel netto-voordeel: voir explications sur ces 3 outils aux question 1 et 2 – Waarden en voorkeuren: voir explications sur ces 3 outils aux question 1 et 2 – Middelen: voir explications sur ces 3 outils aux question 1 et 2 – Gelijkheid: disposer d'un outil officiel est fondamental pour assurer l'équité. het hebben van een officieel instrument is van fundamenteel belang om de eerlijkheid te waarborgen – Aanvaardbaarheid: les plans de soins de survie doivent être réalisée pour chaque type de cancer et rédigés à destination du médecin généraliste et des	

patients. overlevingszorgplannen moeten worden gemaakt voor elk type kanker en geschreven voor de huisarts en de patiënt. – Haalbaarheid: voir explications sur ces 3 outils aux question 1 et 2
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)

Klinische vraag II.4: Coordonner

Kernboodschap 4a evidentieniveau GPP	Coordonner les acteurs en organisant une téléconsultation multidisciplinaire
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund Delphi: Toelichting : Fr: Le rôle de coordination nécessite de faire communiquer les différents prestataires, en particulier systématiquement avec le médecin traitant. Il permet un discours commun et d'une confiance entre les différents prestataires. Voir aussi 1b Nl: De coördinerende rol vereist communicatie tussen verschillende zorgverleners, met name systematisch met de huisarts Het maakt een gemeenschappelijk discours en vertrouwen tussen de verschillende aanbieders mogelijk. Zie 1b Onderbouwing Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders – Substantieel netto-voordeel: voir 1b – Waarden en voorkeuren: tenir compte des enjeux du retour à domicile rekening houden met de uitdagingen van terugkeer naar huis – Middelen: voir 1b – Gelijkheid: voir 1b – Aanvaardbaarheid: voir 1b – Haalbaarheid: voir 1b	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	

Kernboodschap 4b evidentieniveau GPP	Coordonner les acteurs par un plan de soin de survie interactif facilite l'échange d'informations en temps réel entre les différents soignants
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund Delphi:	

Toelichting : Fr: Afin d'être interactif le plan de soins doit être informatisé voir 2a Nl: Onderbouwing Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders – Substantieel netto-voordeel: voir 2a – Waarden en voorkeuren: dépend du niveau de compétence voir 2a – Middelen: voir 2a – Gelijkheid: perte d'accessibilité liée aux compétences numériques des acteurs – Aanvaardbaarheid: faible pour les acteurs réticent à la technologie et au partage de données informatisées. voir 2a – Haalbaarheid: actuellement, l'informatisation ne permet pas ce niveau d'interactivité voir 2a GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)

Kernboodschap 4c	Coordonner tous les acteurs via un seul interlocuteur bien identifié du type l'infirmière de coordination en soins oncologiques ou case manager.
evidentieniveau GPP	
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund	
Delphi:	
Toelichting : Fr: Le case-manager rassemble les rapports réguliers de suivi, et les transmet aux divers professionnels ,réparti les tâches afin d'éviter la confusion des rôles et les conflits, gère le flux de travail de chaque partie en réfère le patient vers les bons acteurs, veille à développer le réseau et acquérir la confiance de tous afin de ne pas être ignoré/contourné par le personnel de santé et le patient lui-même. Nl: Case-manager regelmatige follow-upverslagen verzamelt en doorgeeft aan de verschillende beroepsbeoefenaren, taken verdeelt om rolverwarring en conflicten te voorkomen, de workflow van elke partij beheert door de patiënt naar de juiste actoren door te verwijzen, de ontwikkeling van het netwerk waarborgt en het vertrouwen van allen wint om niet genegeerd/omzeild te worden door zorgpersoneel en de patiënt zelf. Onderbouwing Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders – Substantieel netto-voordeel: Ce rôle garanti l'approche coordonnée du traitement en étant à l'intersection de chaque discipline. Deze rol zorgt voor een gecoördineerde aanpak van de behandeling door op het kruispunt van elke discipline te staan	

– Waarden en voorkeuren: garantie une approche humaine et respectueuse des professionnels et des patients. garandeert een menselijke en respectvolle benadering van professionals en patiënten – Middelen: coût salarial – Gelijkheid: bonne – Aanvaardbaarheid: Le suivi avec l'aide de l'ICSO serait spécialiste-dépendant, ce qu'on leur autorise à faire ou pas. Une différence apparaît entre la théorie du rôle de l'ICSO et la pratique réelle actuelle en Belgique. Améliorer les formations et les attributions des ICSO / De follow-up met de hulp van het CVZO zou afhankelijk zijn van de specialist, die dat al dan niet mag doen. Er is een verschil tussen de theorie over de rol van de ICSO en de praktijk in België. Verbetering van de opleiding en de opdracht van de CVZO's – Haalbaarheid:
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)

Klinische vraag II.5: Donner accès à l'information aux patients et entre les prestataires

Kernboodschap 5a	Donner l'accès à l'information doit être réalisé préférentiellement selon une modalité orale telles que la réunion interdisciplinaire, la téléconsultation ou le téléphone ET une modalité écrite telles que la messagerie électronique, le dossier informatisé, la farde de liaison ou le plan de soin de survie interactif.
evidentieniveau GPP	Het verlenen van toegang tot informatie dient bij voorkeur te geschieden in een mondelinge vorm zoals interdisciplinaire vergaderingen, teleconsultatie of telefoon EN in een schriftelijke vorm zoals e-mail, elektronisch dossier het verbindingsboek of interactief life support plan. (DeepL)
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund	
Delphi:	
Toelichting :	
Fr: Le DSI permet les mises à jour sur le protocole de façon rapide et précise. Le plan de soin de survie : permet de suivre le patient entre toutes les lignes de soins et de synthétiser les informations importantes. Le téléphone et messagerie électronique permettent de transmettre directement les informations aux personnes concernées. La téléconsultation rend accessible les informations sur l'environnement du patient, le contexte psychosocial et dans une moindre mesure les informations biomédicales qui nécessitent un autre type d'outil (ex : dossiers informatisés). Les informations de santé (dont les rapports médicaux) doivent être transmises rapidement entre les lignes de soins. Les fardes de liaison doivent dans ce cas être aussi utilisées par les soignants de 2ème ligne. Nl: De DSI maakt snelle en nauwkeurige updates van het protocol mogelijk. Overlevingszorgplan: maakt het mogelijk de patiënt tussen alle zorglijnen te volgen en belangrijke informatie te synthetiseren. Via telefoon en e-mail kan informatie rechtstreeks aan de betrokkenen worden doorgegeven. Teleconsultatie maakt informatie beschikbaar over de omgeving van de patiënt, de psychosociale context en in mindere mate	

biomedische informatie waarvoor een ander soort instrument nodig is (bv. gecomputeriseerde dossiers). Gezondheidsinformatie (met inbegrip van medische verslagen) moet snel tussen de zorglijnen worden overgedragen. In dat geval moeten de verbindingsmappen ook door de ziekenhuisverzorgers worden gebruikt

Onderbouwing

Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders

- **Substantieel netto-voordeel:**
- **Waarden en voorkeuren:** S'assurer auprès du patient que telle ou telle information peut être partagée à l'ensemble des acteurs présents dans la réunion de suivi. Ga met de patiënt na of deze of gene informatie kan worden gedeeld met alle actoren die bij de vervolgbijeenkomst aanwezig zijn.
- **Middelen:**
- **Gelijkheid:** systématiser l'accès à l'information pour tous les patients. de toegang tot informatie voor alle patiënten te systematiseren
- **Aanvaardbaarheid:** Nécessité d'un langage adapté aux différents interlocuteurs. Behoeftte aan een taal die aangepast is aan verschillende gesprekspartners
- **Haalbaarheid:** : former les médecins à utiliser les outils numériques, artsen opleiden om digitale instrumenten te gebruiken

GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)

Klinische vraag II.6: Acquérir les compétences

KERNBOODSCHAP 6A evidentieniveau GPP	Réaliser des formations à la collaboration interdisciplinaire facilite la répartition des tâches et fonctions et permet une meilleure sélection de l'information transmise à tel ou tel professionnel.
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund	
Delphi:	
Toelichting	
Fr : les formations permettent la compréhension des rôles et compétences de chacun et développent un esprit de collaboration. Elles nécessitent d'être multidisciplinaire et d'aborder de façon équilibrée les aspects biomédicaux, psychologiques et sociaux. Elles ont différentes formes : les stages, même de courte durée (1 jour) auprès d'autres professions, les formations impliquant des acteurs diverses et les workshops. Pratiquer les réunions interdisciplinaires ou la TC multipartite permet d'acquérir des compétences en matière de collaboration si elles sont régulières et que tous les partenaires sont représentés.	
NI: de opleidingen bieden inzicht in de rollen en bevoegdheden van eenieder en een geest van samenwerking ontwikkelen. De opleidingen moeten multidisciplinair zijn en de biomedische, psychologische en sociale aspecten op evenwichtige wijze behandelen. Zij nemen verschillende vormen aan: stages (waaronder voor een korte periode: 1 dag) met andere beroepen, opleidingen waarbij verschillende actoren betrokken zijn en workshops. Het houden van interdisciplinaire bijeenkomsten of multi-stakeholder KT bouwt samenwerkingsvaardigheden op als ze regelmatig plaatsvinden en alle partners vertegenwoordigd zijn. (DeepL)	

Onderbouwing
Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders
- Substantieel netto-voordeel : bénéfique - Waarden en voorkeuren: intégré dans les valeurs professionnelles - Middelen: mais contenu à développer - Gelijkheid: accréditer la formation - Aanvaardbaarheid: bonne - Haalbaarheid: développer un programme de formation sur ce sujet. développer un programme de formation sur ce sujet
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)

	Acquérir des compétences en informatique est nécessaire pour collaborer efficacement.
Kernboodschap 6b	
evidentieniveau GPP	Het verwerven van IT is noodzakelijk voor effectieve samenwerking.
Focus groep Fr en Ned: sterk ondersteund	
Delphi:	
Toelichting :	
Fr: NI:	
Onderbouwing	
Deze aanbeveling werd geformuleerd en sterk ondersteund op basis van de gegevens van de focusgroepen. Voor deze aanbeveling werd consensus bereikt via een Delphi procedure onder de stakeholders	
- Substantieel netto-voordeel: - Waarden en voorkeuren: améliorer la continuité des soins - Middelen: les pouvoirs publics sont responsables du financement de cette formation. de overheid is verantwoordelijk voor de financiering van deze opleiding - Gelijkheid: améliore l'équité face aux services informatisés. verbetert de billijkheid bij geautomatiseerde diensten - Aanvaardbaarheid: - Haalbaarheid: des instituts de formation existent. er bestaan opleidingsinstituten	
GPP - Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing (zonder aanduiding van GRADE)	

De al dan niet geadapteerde aanbevelingen/GPP's werden afgetoetst bij verschillende stakeholders.

Van bij het begin van de ontwikkeling van de richtlijn, bij het bepalen en verfijnen van de onderzoeksvragen en in het volledige ontwikkelproces werden patiënten betrokken via de GDG. Zij namen deel aan de verschillende GDG meetings.

