

Handreiking

Psychosociale problematiek bij oncologie

Over psychosociale problematiek bij
de oncologische patiënt in de wijk

Versie commentaarfase - april/mei 2024

De eigenaar van deze handreiking is:

5



Deze handreiking is ontwikkeld door:

10



Deze handreiking is gefinancierd door:

15



Geautoriseerd door: *[alle autoriserende partijen vermelden, inclusief V&VN afdelingen]*

20

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze handreiking mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend onder vermelding van de oorspronkelijke auteurs.

25

Bij vragen over de inhoud van de handreiking kunt u een mail sturen naar: kennisinstituut@venvn.nl

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
	Inleiding	6
5	Uitgangsvragen 1,2,4 Het verpleegkundig proces	8
	Inleiding	9
	Aanbevelingen	10
	Overwegingen	11
	Conclusies	14
10	Uitgangsvraag 3 Effectieve interventies	21
	Inleiding	22
	Aanbevelingen	23
	Overwegingen	24
	Conclusies	29
15	Uitgangsvraag 5 Verwijzen en consulteren	38
	Inleiding	39
	Aanbevelingen	40
	Overwegingen	41
	Conclusies	47
20	Bijlagen	49
	Algemene achtergrondgegevens	50
	Samenstelling werk-, advies- en projectgroep	51
	Begrippenlijst en afkortingen	54
	Autorisatie per module	57
25	Patiëntenperspectief	58
	Knelpuntinventarisatie en analyse	62
	Verantwoording	65
	Juridische betekenis	119
	Implementatie	120
30	Onderwerpen voor verder onderzoek	121
	Literatuurlijst	122

Samenvatting

KERNAANBEVELINGEN



5 DOEN

Voer gesprekken met mensen met kanker en hun naasten over hun psychosociaal welzijn om psychosociale problemen vroegtijdig te signaleren.

10 Gebruik screeninginstrumenten in het gehele verpleegkundig proces (screening, diagnostiek en evaluatie) als ondersteuning om een gesprek structuur te geven, verpleegkundige diagnoses vast te stellen en het verloop van eventuele psychosociale problemen van de individuele zorgvrager te evalueren.

15 Maak een keuze voor één screeningsinstrument, welke op verschillende momenten opnieuw ingezet kan worden, voor identificatie en evaluatie van het psychosociaal welzijn. In de overwegingen hieronder staat een aantal lijsten die geadviseerd worden.

20 We bevelen het model Positieve Gezondheid en het PLISSIT-model aan in het ondersteunen van mensen met psychosociale problemen. Om zo van uit een holistische attitude verpleegkundige interventies in te zetten.

25 Gebruik E-health interventies in het ondersteunen van mensen met psychosociale problemen.

Betrek naasten van patiënten zoveel mogelijk in het toepassen van niet medicamenteuze interventies, na toestemming van de patiënt.

30 We bevelen het toepassen van de in deze handreiking vermelde aanbevelingen uit de volgende richtlijnen aan:

- IKNL richtlijn Rouw in de palliatieve fase (IKNL, 2022a)
- V&VN Handreiking palliatieve zorg thuis (V&VN, 2020)
- VWS-werkgroep Psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening (kwaliteitsstandaard 2019 van de WPZisa)

40 Organiseer op basis van klinische ervaring en een screeningsinstrument aanvullende psychosociale zorg. Kijk daarbij of het gaat om een behoefte aan aandacht of draagkracht vergrotende ondersteuning, of er een klachtgerichte behandeling nodig is, of dat het een crisissituatie betreft.

Heb oog voor de mantelzorger.

45 Zorg dat je goed op de hoogte bent van de wijze waarop de gemeente de psychosociale zorg heeft georganiseerd, dit verschilt namelijk per gemeente.

OVERWEEG

- 5 Overweeg het gebruik van het [spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid](#) tijdens het verpleegkundig proces, hanteer hierbij lijsten voor de juiste leeftijdscategorie en, indien passend, de eenvoudig lezen variant.
- 10 Overweeg het gebruik van de [EORTC QLQ-C30](#) of SIPP tijdens het verpleegkundig proces.
- 15 Overweeg het gebruik van de [Lastmeter](#) tijdens het verpleegkundig proces. Nadeel is dat het een klachtgerichte lijst betreft die daardoor minder aansluit bij de huidige definitie van gezondheid.
- 20 Overweeg het gebruik van een verpleegkundig diagnostische classificatie (zoals [NANDA, OMAHA, ICF-model](#)), als een screeningsinstrument niet toereikend is.
- 25 Overweeg het gebruik van de [Lastmeter](#) en/of het model [Positieve Gezondheid](#) om te evalueren met de patiënt.
- 30 Overweeg het evalueren eens per 3 maanden te doen of als er iets wijzigt in de situatie van patiënt: start/stop behandeling, opname/thuiskomt, veranderingen in de prognose van het ziektebeeld, etc.
- 35 Overweeg educatieve verpleegkundige interventies (psychoeducatie), psychosociale verpleegkundige interventies, verpleegkundige interventies die coping ondersteunen en activiteit bevorderende interventies bij patiënten met psychosociale problemen.
- 40 Overweeg het op de agenda zetten van psychosociaal welbevinden en de mate van geboden ondersteuning in het teamoverleg. Dit zal kunnen bijdragen aan het van elkaar leren, reflecteren en aanvullen van elkaars kennis en ervaring op deze thema's.
- Overweeg een telefonische (monitoring) interventie bij patiënten met psychosociale problemen.
- Overweeg gebruik te maken van de [Nursing Interventions Classification](#) (NIC) bij patiënten met psychosociale problemen.
- Overweeg om klachten en behoeften uit te vragen via het ABC-model, waarbij tabel 1-3 suggesties geeft waar de wijkverpleging naar kan doorverwijzen.

NIET DOEN

We bevelen het toepassen van de in deze handreiking vermelde aanbevelingen uit de volgende richtlijnen niet aan:

- 5 - Depressie in de palliatieve (IKNL 2022B)
- Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer - The Manual' NICE2019

COMMENTAARFASE

Inleiding

Aanleiding

(Wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in de wijk komen regelmatig in aanraking met psychosociale problematiek bij mensen met kanker in de verschillende stadia van de ziekte. De zorgverleners hebben een rol bij de signalering, bieden en evalueren van ondersteunende zorg en het betrekken van andere zorgprofessionals bij deze klachten. Onder psychosociale klachten verstaan we een onplezierige emotionele ervaring van psychologische (cognitief, gedragsmatig, emotioneel), sociale en/of spirituele aard die kan interfereren met het vermogen om effectief om te gaan met kanker, de daarbij horende fysieke symptomen en de behandeling. Deze klachten kunnen variëren van normale gevoelens van kwetsbaarheid, verdriet en angst tot gevoelens van depressie, paniek, sociale isolatie en spirituele crisis die het functioneren verstoren (National Comprehensive Cancer Network guideline, www.nccn.org). Psychosociale zorg is een verzamelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige problemen van psychische en sociale aard. Psychologische zorg is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van psychische klachten en stoornissen (VWS, 2015).

Externe ontwikkelingen zoals toegenomen behandelmodaliteiten en kortere opnameduur zorgen ervoor dat oncologische patiënten meer tijd thuis doorbrengen. In die periode ontvangen ze veelal zorg van (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Circa 30% van de mensen die leeft met of na kanker krijgt te maken met psychosociale problemen (Danish Cancer Society, 2010). Mensen met kanker ervaren vaak angstklachten, in de eerste twee jaar na diagnose ervaart bijna de helft van alle mensen met kanker angstklachten (IKNL, 2019). Gemiddeld ervaart ongeveer een derde van de mensen met kanker enige tot veel belemmeringen in hun sociaal functioneren, zoals activiteiten in het sociale en familiale leven. Vooral jonge mensen en mensen van middelbare leeftijd en mensen met meer bijkomende ziekten, lijken een verhoogd risico te hebben sociale belemmeringen te ervaren (IKNL, 2019). Deze mensen hebben behoefte aan een vorm van ondersteunende zorg. Ondersteuning helpt hen om weer te kunnen participeren in de maatschappij, te re-integreren op de arbeidsmarkt en/of ernstiger psychische problematiek als depressies en angststoornissen te voorkomen. Ondersteuning helpen mensen met kanker en naasten ook als de ziekte niet meer te genezen is en wanneer mensen zich moeten voorbereiden op het naderende einde. Veel aandacht gaat uit naar oncologische behandelingen, maar psychosociale zorg maakt hier niet altijd vanzelfsprekend onderdeel van uit.

Doel

De handreiking rust verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten toe met handvatten, kennis en vaardigheden om het zorginhoudelijk handelen ten aanzien van psychosociale problemen, waaronder sociaal isolement, machteloosheid en ineffectieve coping bij mensen met of na kanker en hun naasten te onderbouwen om de zorguitkomsten voor patiënten en naasten te verbeteren.

Voor deze handreiking zijn op basis van de knelpuntenanalyse (bijlage 6) de volgende uitgangsvragen geformuleerd:

- Welke (bij voorkeur gevalideerde) screeninginstrumenten kunnen ingezet worden om psychosociale problemen te herkennen?
- Welke handvatten voor het vaststellen de verpleegkundige diagnose van psychosociale

problemen zijn beschikbaar en toepasbaar voor de Nederlandse praktijk?

- Wat zijn effectieve (niet-medicamenteuze, waaronder psychoeducatie) verpleegkundige interventies die buiten het ziekenhuis toegepast kunnen worden om mensen met psychosociale problemen te ondersteunen?
- 5 • Welke (bij voorkeur in het Nederlands en gevalideerde) lijsten voor de evaluatie van psychosociale problemen kan men gebruiken?
- Bij welke criteria verwijst/consulteer je naar een andere zorgprofessional (zoals de (POH-GGZ, het algemeen- en medisch maatschappelijk werk, geestelijk- of kerkelijke ondersteuners en psychosociale zorgverleners in de ziekenhuizen en/of de eerste lijn)?
- 10 (H6)
- Wat zijn effectieve interventies om naasten te ondersteunen en te betrekken in het ondersteunen bij en voorkomen van psychosociale problemen?*

* Deze uitgangsvraag is tijdens de uitwerking geïntegreerd in de overige uitgangsvragen.

15 Doelgroep

Beoogde gebruikers zijn verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten. Zij zijn werkzaam in de wijk, zoals wijkteams, thuiszorgteams en in de huisartsenpraktijken.

Doelpopulatie

20 De handreiking is bedoeld voor de zorg aan volwassen patiënten die leven met en na kanker en hun naasten. Dit zijn:

- Patiënten net na diagnose.
- Patiënten in de (curatieve of palliatieve) behandelperiode. Hiermee wordt de medische behandeling bedoeld.
- 25 • Patiënten in de controleperiode. De periode na de afsluiting van de behandelperiode, waarin op regelmatige basis controle door de medisch specialist of verpleegkundig specialist in het ziekenhuis plaatsvindt, ook wel nazorg genoemd.
- Patiënten in de palliatieve fase, waarin geen genezing meer mogelijk is en/of de laatste fase van het leven, waarbij de patiënt naar verwachting van de zorgverlener in de komende twaalf maanden komt te overlijden.
- 30 • Patiënten in de stervensfase (de laatste dagen -tot zeven dagen- van het leven, wanneer er sprake is van een onomkeerbaar 'fysiologisch' proces dat in gang is gezet, waardoor het overlijden aanstaande is).

35

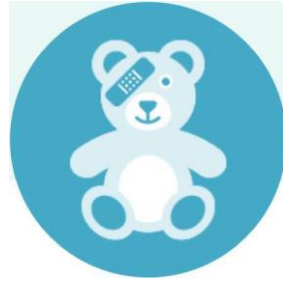
Publicatiedatum en herziening

Uiterlijk in [DATUM INVULLEN V&VN] bepaalt het bestuur van V&VN in samenspraak met betrokken partijen of de handreiking nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de handreiking te herzien. De geldigheid komt eerder te vervallen indien 40 nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten. V&VN is als eigenaar van deze handreiking de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van de handreiking. Andere beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen of gebruikers delen deze verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen.

45

5

10



Uitgangsvragen 1,2,4 Het verpleegkundig proces

Welke instrumenten en handvatten kunnen ingezet worden om psychosociale problemen te herkennen, evalueren en een verpleegkundige diagnose vast te stellen?



5 Inleiding

De uitgangsvragen voor deze module zijn:

- 10 • Welke (bij voorkeur gevalideerde) screeninginstrumenten kunnen ingezet worden om psychosociale problemen te herkennen?
- Uitgangsvraag: Welke handvatten voor het vaststellen de verpleegkundige diagnose van psychosociale problemen zijn beschikbaar en toepasbaar voor de Nederlandse praktijk?
- 15 • Uitgangsvraag: Welke (bij voorkeur in het Nederlands en gevalideerde) lijsten voor de evaluatie van psychosociale problemen kan men gebruiken?

Omdat deze vragen het gehele verpleegkundige proces betreffen, heeft de werkgroep besloten deze drie vragen samen te voegen in een module.

20 Het hoofdstuk begint met de ‘aanbevelingen’ voor de praktijk: wat de verpleegkundige zou moeten doen, zou moeten overwegen om te doen of wat je juist niet zou moeten doen. Dit wordt gevolgd door een hoofdstuk ‘overwegingen’, waarin een beknopt overzicht wordt gegeven van het gevonden bewijs en de kwaliteit ervan. Ook wordt besproken wat het bewijs betekent vanuit zowel het perspectief van de patiënt als dat van de verpleegkundige, welke
25 wordt afgesloten met een uitleg over de redenering achter de aanbevelingen van de werkgroep. Voor degenen die dieper willen ingaan op het verzamelde bewijs en de daaruit getrokken conclusies, volgt nog een apart hoofdstuk.

Doel en doelgroep

30 Verpleegkundigen en verzorgenden moeten psychosociale problematiek bij cliënten met kanker in de verschillende stadia van de ziekte kunnen herkennen, diagnosticeren en evalueren.

35 Doelgroep zijn verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten. Zij zijn werkzaam in de wijk, zoals wijkteams, thuiszorgteams en in de huisartsenpraktijken).

5 Aanbevelingen

DOEN

- 10 Voer gesprekken met mensen met kanker en hun naasten over hun psychosociaal welzijn om psychosociale problemen vroegtijdig te signaleren.
- 15 Gebruik screeninginstrumenten in het gehele verpleegkundig proces (screening, diagnostiek en evaluatie) als ondersteuning om een gesprek structuur te geven, verpleegkundige diagnoses vast te stellen en het verloop van eventuele psychosociale problemen van de individuele zorgvrager te evalueren.
- 20 Maak een keuze voor één screeningsinstrument, welke op verschillende momenten opnieuw ingezet kan worden, voor identificatie en evaluatie van het psychosociaal welzijn. In de overwegingen hieronder staat een aantal lijsten die geadviseerd worden.

OVERWEEG

- 25 Overweeg het gebruik van het [spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid](#) tijdens het verpleegkundig proces, hanteer hierbij lijsten voor de juiste leeftijdscategorie en, indien passend, de eenvoudig lezen variant.
- 30 Overweeg het gebruik van de [EORTC QLQ-C30](#) of SIPP tijdens het verpleegkundig proces.
- Overweeg het gebruik van de [Lastmeter](#) tijdens het verpleegkundig proces. Nadeel is dat het een klachtgerichte lijst betreft die daardoor minder aansluit bij de huidige definitie van gezondheid.
- Overweeg het gebruik van een verpleegkundig diagnostische classificatie (zoals [NANDA](#), [OMAHA](#), [ICF-model](#)), als een screeningsinstrument niet toereikend is.
- 35 Overweeg het gebruik van de [Lastmeter](#) en/of het model [Positieve Gezondheid](#) om te evalueren met de patiënt.
- 40 Overweeg het evalueren eens per 3 maanden te doen of als er iets wijzigt in de situatie van patiënt: start/stop behandeling, opname/thuiskomt, veranderingen in de prognose van het ziektebeeld, etc.

5 Overwegingen

Voor het ondersteunend bewijs is gebruik gemaakt van één richtlijn, één verpleegkundig handboek en twee diagnostische modellen. Voor een gedetailleerde beschrijving wordt verwezen naar het hoofdstuk 'Conclusies', waarin ook de waarde van een aantal screenings- en diagnostische instrumenten wordt besproken.

10 Kwaliteit van bewijs

In het algemeen geldt de voorkeur voor het gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument. Er is vanuit de literatuur weinig bekend over het systematisch signaleren van klachten/detecteren behoefte psychosociale zorg bij mensen met kanker in de 1e lijn. Op basis van de literatuursearch zijn de Lastmeter, de EORTC QLQ-C30 en de SIPP de meest geschikte instrumenten om psychosociale problemen te signaleren bij volwassen mensen met kanker in het algemeen.

Balans van de voor- en nadelen

Het gewenste effect voor de zorgvrager is dat er aandacht is voor de mens als geheel en waarbij preventief en/of vroegtijdig ondersteuning geboden kan worden op het gebied van welzijn. Daarbij stimuleert het de zorgvrager om expliciet stil te staan bij hun mentale situatie en hun draagkracht. Dit stimuleert hun vaardigheden op het gebied van zelfmanagement, wat een positieve impact heeft op verschillende zorguitkomsten, zoals kwaliteit van leven, therapietrouw, beperkte zorgvraag (reduceert onzekerheid) en daardoor lagere medische kosten. Dit kan tevens een ongewenst effect zijn, omdat er een problematiserende werking uit kan gaan van het expliciteren van een situatie.

Een ander gewenst effect is dat het de zorgverlener meer voldoening geeft als deze in staat is om de zorgvrager te kunnen ondersteunen op het gebied van welzijn. Dit wordt gezien als betekenisvol en draagt zo bij aan de werktevredenheid.

De Lastmeter sluit aan bij de meeste eisen, voorwaarden en kenmerken voor gebruik in de praktijk. De literatuursearch toont dat de geschiktheid van de Lastmeter voor screening en signalering het grootst is. De nadruk ligt hierbij op de ervaren problemen. Echter, wat in de Lastmeter wordt gedefinieerd als probleem, hoeft de zorgvrager in de praktijk niet als probleem te ervaren. Ook sluit de Lastmeter niet aan bij de definitie van Positieve Gezondheid van Huber (2011, 2016) welke de werkgroep als uitgangspunt heeft gekozen. Binnen dit model wordt gezondheid omschreven als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Daarbij gaat het niet om gezondheid als een statisch gegeven of een te bereiken doel, maar om de veerkracht van mensen om zich aan te passen aan wat er zich voordoet in het leven. De vragenlijsten behorende bij dit model zijn (nog) onvoldoende gevalideerd in de praktijk. Echter, de werkgroep verwacht dat hier komende jaren verandering in gaat komen, gezien de aandacht en navolging die het model in de praktijk krijgt en de positieve ervaringen.

Waarden en voorkeuren van mensen met kanker

Wetenschappelijk onderzoek naar het perspectief van mensen met kanker op psychosociale ondersteuning en op het gebruik van screeningsinstrumenten in de eerstelijns is beperkt voorhanden.

5

Uit de ervaring van zorgverleners blijkt dat mensen het prettig vinden dat er aandacht wordt besteed aan hun psychosociale welzijn, maar er is zeker niet altijd behoefte aan. Het gesprek erover aangaan kan de zorgvrager aanzetten om zelf na te denken over de eigen veerkracht en hun zelfmanagement stimuleren. Het stimuleert om een eventuele zorgvraag te formuleren. Een negatief punt voor sommige patiënten kan zijn dat door het invullen van een signaleringsinstrument de problemen waarmee ze kampen, expliciet worden. Voor sommigen kunnen gevoelens zoals angst, schuld of schaamte voor de ervaren problemen optreden.

10

15 Voor personen die moeite hebben met (begrijpend) lezen is er de ['Eenvoudige tool Mijn Positieve Gezondheid'](#). Deze kan samen met een zorgprofessional ingevuld worden.

20

Uit interviews met professionals kwam naar voren dat de ervaring is dat patiënten de Lastmeter een 'vervelend ding' vinden, omdat het alleen over last gaat. Mensen vullen hem vaak niet serieus in, hooguit als de zorgverlener hem in een gesprek integreert.

Professioneel perspectief

25

Ten aanzien van het screenen (en evalueren): het gebruik van een screeningsinstrument kan de verpleegkundige helpen om regelmatig op een relatief eenvoudige manier inzicht te hebben in de problemen van hun patiënten. Het kan het bespreekbaar maken van de problemen en het samen met de patiënt beslissen om doorverwijzen te vergemakkelijken.

30

Ten aanzien van het diagnostisch proces: Diagnostiek is het moment waarop de informatie vanuit verschillende bronnen (zowel objectief als subjectief) wordt samengebracht om zo het beeld te construeren aan de hand waarvan kan worden vastgesteld met welke problemen iemand te maken heeft (Herdman, T.H.; Kamitsuru, S.; Takáo Lopez, 2021). Dit is mede waarom in het diagnostisch proces regelmatig door verpleegkundigen gebruik gemaakt wordt van screeningsinstrumenten en er niet altijd specifieke diagnostische instrumenten worden toegepast. Bovendien heeft de verpleging in de wijk vaak beperkte tijd en verwacht de werkgroep dat het gebruik maken van eenzelfde instrument binnen het verpleegkundig proces (screening, diagnostiek en evaluatie) de hulpverlener kan ontlasten.

35

40

Ten aanzien van evaluatie: Na een screening op psychosociale problemen is het van belang dat er regelmatig middels monitoring gekeken wordt of er (nog) psychosociale problemen zijn, dan wel zijn ontstaan. Vanuit de praktijk zijn er goede ervaringen met het model Positieve Gezondheid. Hiermee breng je als verzorgende of verpleegkundige goed in kaart hoe de patiënt zich verhoudt tot de zes verschillende levensdomeinen. Het monitoren van eventuele psychosociale problemen heeft ook een preventieve werking en kan escalatie voorkomen (www.iph.nl/positieve-gezondheid)

45

Organisatie van zorg

Aandacht hebben voor het welzijn van de patiënt betekent ook dat de communicatie en de relatie tussen patiënt en zorgverlener verbetert. Dit stelt het de zorgverlener in staat om de zorg beter te laten aansluiten bij de patiënt, wat de kwaliteit van zorg verbetert en voldoening geeft.

50

5 Een nadeel is dat het voeren van een goed gesprek over het welzijn een tijdsinvestering
behoeft. Tijd is schaars binnen de gezondheidszorg; uitbreiding van tijd voor de ene
doelgroep kan ten koste gaan van tijd voor een andere doelgroep. Ook personeelstekort is
een continu onderwerp van aandacht. Dit kan de werkdruk verhogen. Al zijn de
werkgroepleden van mening dat psychosociale zorg een vast onderdeel van de huidige zorg
is of moet zijn en dat dit niet altijd meer tijd zal kosten. Soms levert psychosociale zorg ook
tijd op, doordat de patiënt zich begrepen en gehoord voelt.

Kosteneffectiviteit

10 Een ongewenst effect is dat de inzet van psychosociale zorg tijd en dus geld kost. Deze zijn
beiden schaars, waardoor het extra werkdruk kan opleveren.

Rationale voor de aanbeveling

15 In de verpleegkundige praktijk is het gebruik maken van meer dan één instrument in het
verpleegkundig proces onpraktisch en te tijdsintensief. Ook zijn de meeste instrumenten
niet gevalideerd of belichten ze alleen de problematiek van de patiënt (focus op zaken die
goed gaan 'positieve gezondheid' is ook van belang). De wijkverpleging moet de tijd kunnen
nemen om over psychosociale problemen te praten. Daarom vindt de werkgroep dat er een
voorkeur zou moeten zijn voor één instrument in het volledig verpleegkundig proces
(screening, diagnostiek en evaluatie). De werkgroep geeft de voorkeur voor het gebruik
20 van het model Positieve Gezondheid boven de Lastmeter. Positieve gezondheid vraagt naar
zaken die goed gaan, en daarover voer je een gesprek, ook over de zaken die niet goed. De
Lastmeter legt de nadruk op zaken die niet goed gaan, wat momenteel minder fijn is om
mee te werken, ook vanuit patienten perspectief.

5 Conclusies

Conclusie uit de kennis

10 De screeningsinstrumenten zijn onvoldoende gevalideerd in de praktijk, ze kunnen wel als ondersteuning dienen bij het voeren van een gesprek over het welzijn, omdat de individuele context van de zorgvrager van groot belang is om een daadwerkelijke inschatting te maken van de situatie.

De vragenlijsten gebaseerd op het Positieve Gezondheidsmodel zijn ook onvoldoende gevalideerd in de praktijk, maar kunnen van toegevoegde waarden zijn omdat andere lijsten vaak alleen problemen inventariseren.

Samenvatting van de kennis

15 De zoekstrategie leverde een relevante bron op, deze wordt hieronder verder uitgewerkt.

GIN

De search in de GIN database leverde onderstaande richtlijn op.

20 *Richtlijn “Detecteren behoefte psychosociale zorg”*

In de [richtlijnen database](#) van de Federatie Medisch Specialisten is de richtlijn “[Detecteren behoefte psychosociale zorg](#)” opgenomen (Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie, 2017). Op 1 mei 2017 is deze richtlijn voor het laatst geautoriseerd. Het initiatief voor de richtlijn lag bij de [Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie](#).

25 De richtlijn is op kwaliteit beoordeeld via de AGREE 2 procedure. De richtlijn is van redelijke kwaliteit (zie bijlage 7 voor gedetailleerde informatie).

De richtlijn leverde de volgende aanbevelingen op:

Welke instrumenten zijn er?

De werkgroep is van mening dat de Lastmeter (= thermometer met probleemlijst en de vraag naar verwijswens), de EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer

Quality of Life Questionnaires Core-30 item) en de SIPP (Screening Inventory of Psychosocial Problems) de meest geschikte instrumenten zijn om in Nederland distress te signaleren en/of te monitoren bij volwassen mensen met kanker tijdens en na afronding van de in opzet curatieve behandeling en in de (ziekte- en symptoomgerichte) palliatieve fase. Dit is zonder rekening te houden met de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten. Dit wordt verder voor deze instrumenten uitgezocht in de uitgangsvragen over psychometrische eigenschappen en het afkappunt. Welke instrumenten dan uiteindelijk aanbevolen worden, is afhankelijk van die uitgangsvragen.

Psychometrische eigenschappen

De werkgroep formuleert de aanbevelingen op basis van de eisen (welke instrumenten zijn er?), de psychometrische eigenschappen (Psychometrische eigenschappen meest geschikte instrument) en het niveau van bewijs (welke instrumenten; meest geschikte instrument; meest geschikte afkappunt) als volgt:

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

De werkgroep is van mening dat er op dit moment onvoldoende bewijs is voor en klinische ervaring met de SIPP als instrument voor screenen, signaleren en/of monitoren van distress.

De werkgroep is van mening dat met alle patiënten de antwoorden op het instrument besproken moeten worden, of het nu om screening, signalering of monitoring gaat, en dat niet alleen afgegaan moet worden op een afkappunt.

Meest geschikte afkappunt

Lastmeter

Er wordt geadviseerd een afkappunt van ≥ 4 voor de Lastmeter te hanteren voor het signaleren van distress/behoefte aan zorg bij volwassen mensen met kanker. Dit afkappunt is een belangrijke indicatie voor de verwijswens van de patiënt, de kans dat een patiënt met een score boven een afkappunt een wens heeft om verwezen te worden is namelijk drie keer hoger dan bij een patiënt met een score onder het afkappunt. Echter, er zijn ook patiënten met een score onder het afkappunt die een verwijswens hebben.

Vanuit de werkgroep werden de volgende classificatiesystemen aangedragen. Deze worden hieronder verder uitgewerkt.

5 **NANDA**

De verpleegkundige diagnostiek van de North American Nursing Association (NANDA, 1973) en de Nursing Intervention Classification (NIC) geven beide handvatten in het ordenen en classificeren van de verpleegkundige diagnoses en daarbij horende verpleegkundige interventies.

10 **Relevante diagnoses**

In tabel 1.1 is een overzicht te zien van NANDA diagnoses (Herdman, T.H.; Kamitsuru, S.; Takao Lopez, 2021) waarbij psychosociale problematiek een rol speelt of een rol kan spelen.

Tabel 1.1 Overzicht relevante NANDA diagnoses

Verpleegkundige diagnose (code)	Verpleegkundige diagnose (label)	Domein (nr.)	Domein (label)	Klasse (nr.)	Klasse (label)
00097	Decreased diversional activity engagement	1	Health promotion	1	
00168	Sedentary lifestyle	1	Health promotion	1	Health awareness
00307	Readiness for enhanced	1	Health promotion	2	Health management

Verpleegkundi ge diagnose (code)	Verpleegkundi ge diagnose (label)	Domei n (nr.)	Domein (label)	Klass e (nr.)	Klasse (label)
	exercise management				
00276	Ineffective health- selfmanageme nt	1	Health promotion	2	Health management
00293	Readiness for enhanced health- selfmanageme nt	1	Health promotion	2	Health management
00294	Ineffective family self- management	1	Health promotion	2	Health management
00193	Self-neglect	4	Activity/rest	5	Self-care
00128	Acute confusion	5	Perception/cognit ion	4	Cognition
00129	Chronic confusion	5	Perception/cognit ion	4	Cognition
00251	Labile emotional control	5	Perception/cognit ion	4	Cognition
00279	Disturbed though process	5	Perception/cognit ion	4	Cognition
00051	Impaired verbal communicatio n	5	Perception/cognit ion	5	Communication
00124	Hopelessness	6	Self-perception	1	Self-concept
00121	Disturbed personal identity	6	Self-perception	1	Self-concept
00119	Chronic low self-esteem	6	Self-perception	2	Self-esteem
00120	Situational low self-esteem	6	Self-perception	2	Self-esteem
00118	Disturbed body image	6	Self-perception	3	Body image
00052	Impaired social interaction	7	Role relationship	3	Role performance
00055	Ineffective role performance	7	Role relationship	3	Role performance
00059	Sexual dysfunction	8	Sexuality	2	Sexual function
00065	Ineffective sexuality pattern	8	Sexuality	2	Sexual function
00114	Relocation stress syndrome	9	Coping/stress tolerance	1	Post-trauma responses

Verpleegkundige diagnose (code)	Verpleegkundige diagnose (label)	Domein (nr.)	Domein (label)	Klasse (nr.)	Klasse (label)
00149	Risk for relocation stress syndrome	9	Coping/stress tolerance	1	Post-trauma responses
00141	Post-trauma syndrome	9	Coping/stress tolerance	1	Post-trauma responses
00145	Risk for post-trauma syndrome	9	Coping/stress tolerance	1	Post-trauma responses
00146	Anxiety	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00071	Defensive coping	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00069	Ineffective coping	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00073	Disabled family coping	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00147	Death anxiety	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00072	Ineffective denial	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00241	Impaired mood regulation	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00125	Powerlessness	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00152	Risk of powerlessness	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00210	Impaired resilience	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00211	Risk of impaired resilience	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00137	Chronic sorrow	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00177	Stress overload	9	Coping/stress tolerance	2	Coping responses
00083	Decisional conflict	10	Life principles	3	Value/belief/action congruence
00175	Moral distress	10	Life principles	3	Value/belief/action congruence
00066	Spiritual distress	10	Life principles	3	Value/belief/action congruence
00067	Risk for spiritual distress	10	Life principles	3	Value/belief/action congruence
00214	Impaired comfort	12	Comfort	2	Environmental comfort
00054	Risk for loneliness	12	Comfort	3	Social comfort
00053	Social isolation	12	Comfort	3	Social comfort

Een overkoepelend instrument dat in de NANDA wordt aangehaald is de Functional Health

Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) (Jones et al., 2012). In tabel 1.2 zijn de verschillende gezondheidspatronen (health patterns) te zien en wordt aangegeven welke items relevant zijn voor de diagnostiek van psychosociale problematiek.

5 Tabel 1.2 De Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) en relevante gezondheidspatronen voor psychosociale problematiek

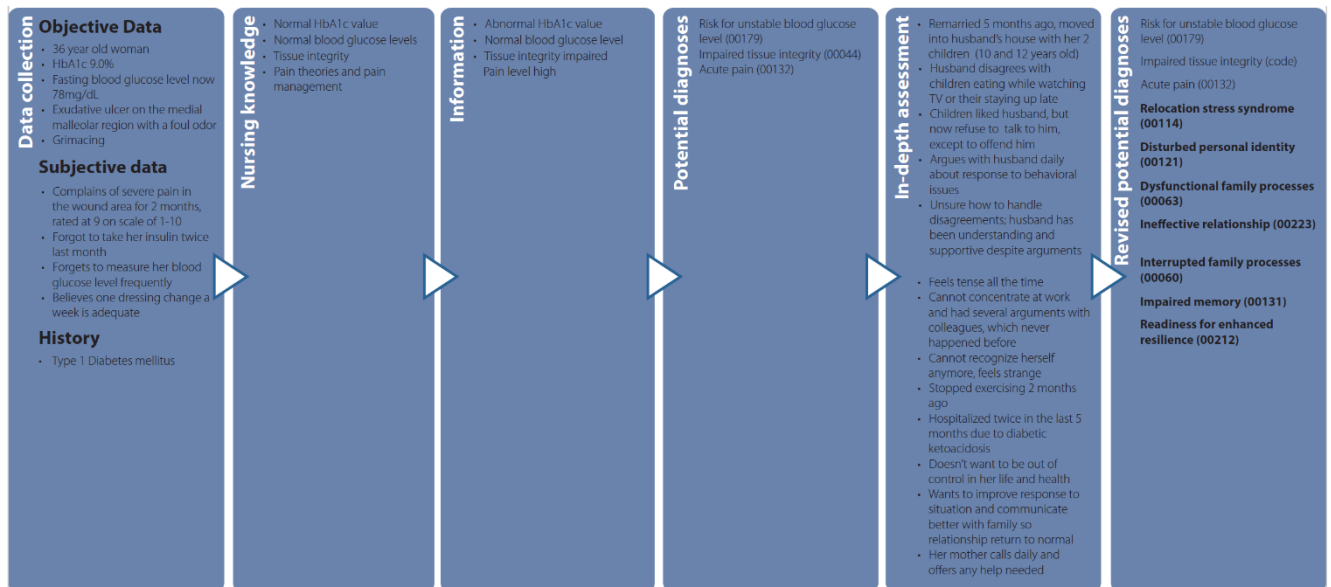
Component	Gezondheidspatroon	Relevant voor psychosociale problematiek?
1: Health Risk/Threat	I fear for my safety	X
	I feel at risk for physical harm	
	I have difficulty urinating	
	I feel unusual physical symptoms with walking	
	I use recreational drugs	
	I have problems with bowel elimination	
	My physical abilities limit my activities of daily	
	I experience pain that interrupts my daily	
	When I drink alcohol, wine, or beer, I feel guilty	
	I have difficulty controlling my anger	X
	I have family problems that I find difficult to	X
	I experience physical discomfort when I am	X
	I smoke cigarettes	
	It is a burden to participate in family caretaking	X
	I have difficulty with my vision	
I feel stress, tension, or pressure	X	
I worry a lot	X	
2: General Well-Being & Self Confidence	I feel good about myself	X
	I feel in control of my life	X
	I feel good about the decisions I make	X
	I like the way I look	X
	I am happy with my life	X
	I am hopeful about the future	X
	I am satisfied with my problem-solving ability	X
	I am able to cope with stresses in my life	X
	I consider myself to be healthy	
	I am able to adjust to changes in my life	X
	I have enough energy for activities of daily living	X
	I am satisfied with my social life	X
	I am in excellent health	
	I heal easily	
	I am able to learn new information easily	
	I feel comfortable with the role I play in my	X
	I fall asleep without a problem	X
	I feel I can easily communicate with others	X
	I can concentrate for a long period of time	X
	I feel rested when I awake	
	I feel comfortable with my weight	
	The choices I make about my life are consistent	X
	I am satisfied with what I do for work	X
	I feel comfortable expressing my feelings and	X
	I have someone I can talk to when I need	X
	I am comfortable with my sexuality	X
	I am able to hear clearly	
	I have an annual health examination	
	I am able to follow recommendations from my	
	I intentionally limit my dietary fat intake	

3: Health Promotion/Protection Activity	I eat five to six servings of fruits and vegetables	
	I seek immediate attention for changes in my	
	I wear a seat belt	
	My health is important to me	
	Religious/spiritual practices give meaning to my	X
	I avoid the sun or use sunscreen	
	I drink six to eight glasses of water daily	
	I can make changes in my lifestyle to improve my	
	I do aerobic exercise for 20 min 23 or more times	
	I have a usual routine that I perform to help me	X

Verder wordt aangegeven dat het in de diagnostiek niet slechts om één waarneming gaat, maar dat het een proces is waarin op verschillende manieren en op verschillende momenten gegevens worden verzameld die de verpleegkundige een steeds duidelijker beeld geven van wat er aan de hand is. De stappen die worden onderscheiden zijn:

- 5 1. Dataverzameling
2. Gebruik van verpleegkundige kennis
3. Samenbrengen van de informatie uit stappen 1 en 2
- 10 4. Overzicht van mogelijke diagnoses opstellen
5. Verdiepende analyse van de situatie (aan de hand van de reeds verzamelde informatie met eventueel nieuwe informatie)
6. Einddiagnose (al dan niet een herziening van de in stap 4 opgestelde diagnose(s)).
- 15 Figuur 1.1 laat dit aan de hand van een voorbeeld zien.

Figuur 1.1 Het (wijk)verpleegkundig diagnostisch proces aan de hand van een voorbeeld (Herdman, T.H.;Kamitsuru, S.;Takáo Lopez, 2021)



5

OMAHA

In de verpleeghuiszorg en thuiszorg wordt voornamelijk gebruik gemaakt van het [Omaha systeem](#), bestaande uit verschillende zorgdomeinen. Dit systeem is een classificatie die verpleegkundige/verzorgende helpt bij het identificeren en vastleggen van aandachtsgebieden, acties en uitkomsten van en voor cliënten.

10

ICF-model

Het [ICF-model](#) (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2018) is een bruikbaar classificatie-instrument. Dit model biedt de mogelijkheid om het functioneren van patiënten binnen hun sociale context in kaart te brengen. Met behulp van het ICF kunnen de gezondheidstoestand van een individu worden gekarakteriseerd op basis van lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Er is ook een Nederlandse versie van dit model beschikbaar.

15



Uitgangsvraag 3

Effectieve interventies

Wat zijn effectieve (niet-medicamenteuze) verpleegkundige interventies die buiten het ziekenhuis toegepast kunnen worden om mensen met psychosociale problemen te ondersteunen?

5 Inleiding

De uitgangsvraag voor deze module is:

- Wat zijn effectieve (niet-medicamenteuze) verpleegkundige interventies die buiten het ziekenhuis toegepast kunnen worden om mensen met psychosociale problemen te ondersteunen?

Het hoofdstuk begint met de ‘aanbevelingen’ voor de praktijk: wat de verpleegkundige zou moeten doen, zou moeten overwegen om te doen of wat je juist niet zou moeten doen. Dit wordt gevolgd door een hoofdstuk 'overwegingen', waarin een beknopt overzicht wordt gegeven van het gevonden bewijs en de kwaliteit ervan. Ook wordt besproken wat het bewijs betekent vanuit zowel het perspectief van de patiënt als dat van de verpleegkundige, welke impact de aanbevelingen hebben op de organisatie van zorg, de kostenoverwegingen, en het wordt afgesloten met een uitleg over de redenering achter de aanbevelingen van de werkgroep. Voor degenen die dieper willen ingaan op het verzamelde bewijs en de daaruit getrokken conclusies, volgt nog een apart hoofdstuk.

Doel en doelgroep

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben een belangrijke rol bij het ondersteunen van patiënten met kanker in de verschillende stadia van de ziekte die te maken hebben met psychosociale problematiek.

Doelgroep zijn verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten. Zij zijn werkzaam in de wijk, zoals wijkteams, thuiszorgteams en in de huisartsenpraktijken).

5 Aanbevelingen

DOEN

We bevelen het model Positieve Gezondheid en het PLISSIT-model aan in het ondersteunen van mensen met psychosociale problemen. Om zo van uit een holistische attitude verpleegkundige interventies in te zetten.

10 Gebruik e-health interventies in het ondersteunen van mensen met psychosociale problemen.

15 Betrek naasten van patiënten zoveel mogelijk in het toepassen van niet medicamenteuze interventies, na toestemming van de patiënt.

We bevelen het toepassen van de in deze handreiking vermelde aanbevelingen uit de volgende richtlijnen aan:

- 20 - IKNL richtlijn Rouw in de palliatieve fase (IKNL, 2022a)
- V&VN Handreiking palliatieve zorg thuis (V&VN, 2020)
- VWS-werkgroep Psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening (kwaliteitsstandaard 2019 van de WPZisa)

OVERWEEG

25 Overweeg educatieve verpleegkundige interventies (psychoeducatie), psychosociale verpleegkundige interventies, verpleegkundige interventies die coping ondersteunen en activiteit bevorderende interventies bij patiënten met psychosociale problemen.

30 Overweeg het op de agenda zetten van psychosociaal welbevinden en de mate van geboden ondersteuning in het teamoverleg. Dit zal kunnen bijdragen aan het van elkaar leren, reflecteren en aanvullen van elkaars kennis en ervaring op deze thema's.

Overweeg een telefonische (monitoring) interventie bij patiënten met psychosociale problemen

35 Overweeg gebruik te maken van de [Nursing Interventions Classification](#) (NIC) bij patiënten met psychosociale problemen

NIET DOEN

We bevelen het toepassen van de in deze handreiking vermelde aanbevelingen uit de volgende richtlijnen niet aan:

- 40 - Depressie in de palliatieve (IKNL 2022B)
- Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer - The Manual' NICE2019



5 Overwegingen

Voor het ondersteunend bewijs is gebruik gemaakt drie systematische reviews, vier richtlijnen en één handboek. Waarbij het effect van verpleegkundige interventie wordt beschreven en er aanbevelingen konden worden overgenomen (mits ze aangepast worden voor verpleegkundige in de wijk).

10 Kwaliteit van bewijs

Over het algemeen werden de resultaten van de reviews als matig tot redelijk beoordeeld. De redenen voor deze beoordeling varieerden van mogelijke vertekening van de resultaten door de onderzoeksopzet (Risk of Bias beoordeling vanuit de oorspronkelijke reviews) tot onnauwkeurigheden in de gepresenteerde gegevens. Bovendien lijkt de onderbouwing van de interventies uit de NIC niet consistent sterk te zijn voor verschillende soorten verpleegkundige handelingen. Dit wordt veroorzaakt door een gebrek aan transparantie over het systematisch zoeken naar bewijs en wat het effect is op uitkomstmaten.

De meeste richtlijnen waren van voldoende kwaliteit. Echter, de aanbevelingen bleken niet altijd direct toepasbaar voor wijkverpleegkundigen die te maken hebben met oncologische patiënten met psychosociale problemen. Dit komt doordat de doelgroep van de richtlijnen over het algemeen van toepassing is op alle hulpverleners, of omdat de patiënten doelgroep afwijkt. Bovendien waren er veel richtlijnen gericht op de palliatieve fase, terwijl een aanzienlijk deel van de patiënten (nog) niet in deze fase verkeert.

25 Balans van de voor- en nadelen

Vanuit het beschikbare bewijs komen verschillende belangrijke benaderingen naar voren:

- Educatieve verpleegkundige interventies hebben een positief effect op, angst kennisniveau, ernst van de symptomen, slaap en onzekerheid
- Psychosociale verpleegkundige interventies hebben een positief effect op het kanker gerelateerde vermoeidheid, spirituele welzijn, zin van het leven, vermoeidheid en slaap.
- Verpleegkundig interventies die coping ondersteunen hebben een positief effect op distress, angst, vermoeidheid, slaap, dyspneu en functioneel vermogen.
- Telefonische monitoring interventies hebben een positief effect op angst. Telefonische ondersteuning heeft een positief effect op zelfzorg en kankersymptomen en geen effect op distress en kwaliteit van leven.
- Activiteit bevorderende interventies voorkomen kanker gerelateerde vermoeidheid.
- Psychotherapeutische interventies of complementaire zorginterventies hebben geen effect op angst.
- Er is model uit Engeland van NICE dat alleen met betrekking tot het eerste niveau toepasbaar is in de wijk. Dit model is minder geschikt om te gebruiken in Nederland.
- De aanbevelingen uit de meeste Nederlandse richtlijnen zijn praktisch toepasbaar voor verpleegkundigen, behalve die over Depressie in de palliatieve fase (de problematiek werd als te ernstig gezien).
- Kantekening is wel dat bepaalde aanbevelingen uit richtlijnen niet kunnen worden toegepast omdat de situatie van de patiënt kan verschillen of de verpleegkundige zich niet competent genoeg acht.

De evidentie beschrijft geen nadelige effecten, dat betekent niet dat ze er niet zijn.

Aanvullend bewijs

5 Model Positieve Gezondheid

Het model van de Positieve Gezondheid, ontwikkeld door Machteld Huber, stelt gezondheid voor als het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Dit gaat verder dan enkel de afwezigheid van ziekte, en omvat ook aspecten zoals veerkracht, zingeving en eigenwaarde. Het model benadrukt dat gezondheid niet alleen een medische kwestie is, maar een breder concept dat alle aspecten van het leven omvat.

PLISSIT-model

15 Het PLISSIT-model (verwijzing V&VN richtlijn seksuele Gezondheid; https://richtlijndatabase.nl/index.php/gerelateerde_documenten/bijlage/14856/1/100/PLISSIT-model.html) borgt structurele en proactieve multidisciplinaire aandacht voor seksualiteitsvraagstukken. Het PLISSIT-model kan hierbij als leidraad dienen. PLISSIT vormt het acroniem van Permission, Limited Information, Specific Suggestions en Intensive Therapy. Het is een stepped care model waarbij de interventies worden onderscheiden van 20 eenvoudig (die door alle disciplines kunnen worden uitgevoerd) naar complex (die voorbehouden zijn aan medisch specialist en seksuoloog NVVS) en het verenigt zowel preventieve als curatieve elementen in zich.

E-health

25 Vanuit de Engelse literatuur zijn er positieve effecten met het gebruik van E-health (Chen et al. 2017; Bartolo et al. 2019; Wang et al. 2020; Gitongg et al. 2022). In Nederland zijn diverse E-health tools beschikbaar, zoals mijnpositievegezondheid.nl, de Onco App store via kanker.nl, kanker.nl en wegwijsbijkanker.nl. Daarnaast worden op de website van de NFK handige E-Health tools vermeld. Het Helen Dowling Instituut biedt ook diverse E-health 30 programma's. IPSO.nl is een aanvullende website waar informele zorg in de regio te vinden is. Zorgprofessionals binnen de oncologische zorg werken in de praktijk veelvuldig met de eerdergenoemde E-health tools. Verzorgenden en verpleegkundigen kunnen patiënten attenderen op de mogelijkheden die deze tools kunnen bieden. De E-health mogelijkheden zijn divers. Ze kunnen patiënten informatie, advies, maar ook psychosociale zorg bieden. 35 Daarnaast bieden deze interventies vaak de mogelijkheid om online met andere lotgenoten in contact te komen.

Waarden en voorkeuren van zorggebruiker

De werkgroep stelt dat patiënten vooral behoefte hebben aan aandacht voor het leven met of na kanker. Het is hierbij belangrijk dat gedachten en gevoelens gedeeld en (h)erkent 40 mogen worden, zowel van patiënt als naasten. Indien patiënt of naasten hierdoor een veranderde emotionele disbalans ervaren, is het belangrijk om deze emoties te normaliseren. Het bieden van een luisterend oor met empathie is voor patiënten van groot belang. Het is niet altijd nodig of zelfs wenselijk om oplossingsgericht te zijn als zorgprofessional. Indien patiënten wel behoefte hebben aan verdere psychosociale 45 ondersteuning, dan is het belangrijk dat de verzorgende of verpleegkundige weet waar de patiënt de juiste zorg op de juiste plek dichtbij huis kan ontvangen.

De resultaten zijn bekend van doneer- je-ervaring van de NFK (<https://nfk.nl/inzichten/doneer-je-ervaring-peilingen/verder-leven-met-of-na-kanker-hoe-is-dat-voor-jou>) waar 5710 respondenten de vragen lijst hebben ingevuld.

50 Van de mensen die langer dan tien jaar na diagnose zijn, ervaart 85% nu dus nog lichamelijke en/of psychische klachten en problemen. Vermoeidheid, verminderde lichamelijke conditie, neuropathie, geheugen- of concentratieproblemen en seksuele problemen worden het meest genoemd. Bovendien heeft één op de vijf last van somberheid of depressieve gevoelens. De meeste mensen hebben meerdere klachten tegelijkertijd. Het aantal mensen met psychische

klachten neemt in de loop van de tijd af. Tegelijkertijd geeft 58% van de respondenten aan door kanker nooit meer zorgeloos te zijn en zegt 49% dat ze het moeilijk vonden om na de diagnose het leven weer op te pakken (nfk.nl, 2024).

5 Invloed op het dagelijks leven

Uit de peiling blijkt verder dat de klachten en problemen door kanker (behandelingen) ook jaren na diagnose nog gevolgen hebben voor het dagelijks leven. Zo geeft de helft van de respondenten aan in meer of mindere mate moeite te hebben met huishoudelijke taken. Nog eens de helft zegt dat zij lang moet bijkomen van sociale activiteiten. Van de respondenten die betaald werk hebben, geeft 67% aan dat zij in het werk last hebben van de gevolgen van kanker (nfk.nl, 2024).

Zorg en steun

15 Een derde van de respondenten krijgt op dit moment professionele zorg of steun voor de gevolgen van kanker (behandelingen). Mensen krijgen die zorg of steun vooral van artsen in het ziekenhuis, fysiotherapeuten en de huisarts. Eén op de zeven respondenten heeft klachten waarvoor zij geen professionele zorg of steun krijgen, maar wel graag zouden willen hebben. Sommige van hen hebben het gevoel dat ze niet meer om zorg kunnen vragen, omdat hun diagnose al langer geleden is.

20 Voor 32% van alle respondenten is op dit moment niet duidelijk bij welke professionele zorgverlener zij terecht kunnen, als er (nieuwe) lichamelijke of psychische gevolgen ontstaan (nfk.nl, 2024).

<https://nfk.nl/media/1/Factsheet-DJE-Verder-leven-DEF.pdf>

25 Naastenperspectief

Uit onderzoek blijkt dat ruim de helft van naasten van mensen met kanker hun leven aanpast aan het leven van hun naaste met kanker. Daarom is het belangrijk dat ook de naasten meegenomen moeten worden in de niet- medicamenteuze interventies.

30 Ruim de helft van de respondenten van 3100 (55%) van de naasten van mensen met kanker past zijn of haar leven helemaal aan, aan dat van hun naaste met kanker. Hoewel bijna alle naasten het fijn vinden om er voor hun dierbare te zijn, is de meerderheid ook bang om hun naaste te verliezen, voelt driekwart zich machteloos en twee derde houdt zich sterker dan dat ze is. Ruim 90% van de naasten geeft aan zelf ook iets nodig te hebben. Het gaat dan vooral om een luisterend oor (70%), afleiding of ontspanning met anderen (48%), tijd voor zichzelf (43%), en steun of begrip van werk (40%). Van de naasten die aangeven door zorgverleners serieus genomen te willen worden als gesprekspartner, geeft 74% aan dit ook daadwerkelijk ervaren te hebben. En voor naasten die behoefte hadden aan steun van hun werk, geldt dat bijna twee derde dit ook heeft ervaren (<https://doneerjeervaring.nl>, 2023).

Organisatie van zorg

40 *Oncologische zorgnetwerken*

Een oncologiezorgnetwerk is een netwerk van zorgverleners die mensen met kanker en hun naasten dichtbij huis ondersteunen. Denk hierbij aan huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen, ergotherapeuten, oncologieverpleegkundigen werkzaam in de eerste lijn, diëtisten, logopedisten, thuiszorgorganisaties en andere gespecialiseerde zorgverleners. Zij bieden vanuit verschillende invalshoeken behandeling, ondersteuning en begeleiding tijdens en na de behandeling van kanker.

45 De zorgverleners in het netwerk kennen elkaar en zijn op de hoogte van elkaars werkwijze. Door de korte lijnen kunnen ze de behandelingen snel en goed op elkaar afstemmen. Het netwerk maakt ook afspraken met ziekenhuizen of revalidatiecentra over de ondersteunende en aanvullende zorg. Doel hiervan is dat de zorg die je thuis ontvangt in samenhang is met

de zorg in het ziekenhuis of het revalidatiecentrum (<https://oncologiezorgnetwerken.nl>, sd).

Start Vast Aanspreek Punt in de eerste lijn:

5 Ondanks het feit dat gespecialiseerde zorg zoveel mogelijk door een vast aanspreekpunt in het ziekenhuis wordt gegeven en de huisarts als vast aanspreekpunt dichtbij huis bereikbaar is, geven patiënten aan informatie over leefstijl, mogelijke bijwerkingen van de behandeling en aandacht voor emotionele problemen te missen (Nivel-rapport 'Naar een toekomstbestendige nazorg bij kanker'). Met het groeiend aantal mensen dat leeft met de diagnose kanker, wordt de urgentie voor betere organisatie van zorg rondom de patiënt 10 steeds groter. Dit vormt de aanleiding tot het driejarige implementatieproject Vast Aanspreekpunt Oncologie in de eerstelijnszorg. Dit project van de Taskforce Cancer Survivorship Care, als onderdeel van het Nationaal Actie Plan Kanker & Leven (NAP), is per 1 mei 2023 met financiering door de stichting Vrienden Integrale Oncologische Zorg (VIOZ) gestart (<https://iknl.nl>, 2023).

15

Professioneel perspectief

Om als zorgprofessional goed in te kunnen spelen op psychosociale problemen bij oncologische patiënten is het vooral belangrijk dat je holistisch kunt kijken naar de patiënt. Het is dus meer een attitude waarbij de professional kijkt vanuit het model Positieve 20 Gezondheid om te beoordelen hoe een patiënt in het leven met of na kanker staat ten aanzien van de zes levensdomeinen. Op het moment dat een patiënt behoefte heeft aan ondersteuning op psychosociaal gebied is het evident dat de zorgprofessional verwijst naar de mogelijkheden vanuit de lokale sociale kaart en op het gebied van E-health. Indien de professional niet voldoende kennis van de lokale sociale kaart of de tools van E-health heeft, 25 is het belangrijk dat de zorgprofessional binnen de zorgorganisatie deze informatie aangeleverd krijgt. De regionale oncologische zorgnetwerken kunnen hierin ook ondersteunen.

De mate waarin verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten educatieve 30 verpleegkundige interventies (psychoeducatie), psychosociale verpleegkundige interventies, verpleegkundige interventies die coping ondersteunen en activiteit bevorderende interventies bij patiënten met psychosociale problemen zullen en kunnen aanbieden zal mede afhankelijk zijn van de kennis en ervaring op dit gebied en in hoeverre zij zich hierin bekwaam voelen.

35 Kosten(effectiviteit)

Wijkverpleging wordt doorgaans vanuit het basispakket van de zorgverzekering vergoed, waarbij geen eigen bijdrage of eigen risico van toepassing is. Een verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts is geen vereiste. Een verzekerde kan zelf contact opnemen met een 40 zorgaanbieder op het moment dat dat nodig is. In sommige gevallen kan echter toestemming van de zorgverzekeraar nodig zijn, bijvoorbeeld wanneer de zorgaanbieder geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan altijd worden nagevraagd bij de zorgverzekeraar (www.zorginstituutnederland.nl, 2021).

Zorg in natura of pgb

45 Een verzekerde kan kiezen voor zorg in natura (ZIN) of kan een persoonsgebonden budget (pgb) aanvragen bij de zorgverzekeraar. Voor een pgb is vooraf toestemming nodig van de zorgverzekeraar. Bij de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige maakt het niet uit voor welke leveringsvorm wordt gekozen. De wijkverpleegkundige volgt in beide situaties de stappen uit het verpleegkundig proces en de indicatiestelling moet voldoen aan het 50 normenkader.

Vergoeding vanuit Zvw, Wmo of Wlz

Wanneer de zorg in een geneeskundige context plaatsvindt, valt deze onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorg kan dan worden vergoed vanuit het basispakket. Het

5 vaststellen van een geneeskundige context is daarom van belang bij de afbakening tussen
Zvw en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), bijvoorbeeld bij het leveren van
verzorging. Verzorging valt onder de Zvw als deze samenhangt met 'een behoefte aan
geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. Het begrip geneeskundige context gaat over
10 de behoefte aan geneeskundige zorg en het hoge risico op deze behoefte. Als er sprake is
van een ziekte, aandoening of beperking, dan spreekt de behoefte aan geneeskundige zorg
voor zich. Bij een hoog risico op deze behoefte is er sprake van preventieve zorg. Er is dan
nog geen sprake van een ziekte, aandoening of beperking, maar zonder ingrijpen is er een
hoog risico dat deze optreedt. Indien alleen verzorging nodig is, kan zorg thuis ook onder de
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Wet langdurige zorg (Wlz) vallen.

Rationale voor de aanbeveling

15 De wijkverpleegkundige dient vanuit een bepaalde attitude en holistisch beeld naar de
patiënt kijken. In diverse bestaande richtlijnen zijn bruikbare aanbevelingen geformuleerd
met betrekking tot de benadering van de patiënt.

COMMENTAARFASE

5 Conclusies

Conclusie uit de kennis

Conclusie gebaseerd op geïncludeerde reviews

- 10 In de artikelen van Tuominen2018 en Zweers2016 zijn op een narratieve wijze de resultaten van studies beschreven. Waar mogelijk, is er gebruik gemaakt van bruikbare resultaten (verschillen tussen groepen met betrouwbaarheidsintervallen en indicatie van de hoeveelheid heterogeniteit in de resultaten), waren deze niet aanwezig (bijv. alleen een p-waarde) is er gekozen om een narratieve GRADE'ing (eye-ball approach mbt de resultaten van verschillende studies) toe te passen om toch een inschatting van de kwaliteit van het bewijs te kunnen maken.

GRADE	
Zeer laag ¹²³ ⊕○○○	Het bewijs is zeer onzeker over het effect van educatieve verpleegkundige interventies op kwaliteit ervan leven, distress en angst. <i>Tuominen2018</i>
Laag ¹² ⊕⊕○○	Educatieve verpleegkundige interventies hebben mogelijk een positief effect op kennisniveau, ernst van de symptomen, slaap en onzekerheid. <i>Tuominen2018</i>
Redelijk ¹ ⊕⊕⊕○	Psychosociale verpleegkundige interventies hebben waarschijnlijk een positief effect op het spirituele welzijn, zin van het leven, vermoeidheid en slaap. <i>Tuominen2018</i>
Laag ¹² ⊕⊕○○	Psychologische verpleegkundige interventies verminderden mogelijk kanker gerelateerde vermoeidheid. <i>Tuominen2018</i>
Redelijk ¹ ⊕⊕⊕○	Verpleegkundig interventies die coping ondersteunen hebben waarschijnlijk een positief effect op distress, angst, vermoeidheid, slaap, dyspneu en functioneel vermogen. <i>Tuominen2018</i>
Laag ¹² ⊕⊕○○	Activiteit bevorderende interventies voorkomen mogelijk kanker gerelateerde vermoeidheid. <i>Tuominen2018</i>

- 15 ¹kans op vertekening van resultaten door gebreken in de onderzoeksopzet (RoB op basis beoordeling door auteurs van de review)

² onnauwkeurigheid van de effectschatting

³ inconsistentie in resultaten tussen studies

Laag ¹² ⊕⊕○○	Psychoeducatie of een telefoon monitoring interventie hebben mogelijk een positief effect op angst. <i>Zweers2016</i>
Laag ¹² ⊕⊕○○	Psychotherapeutische interventies of complementaire zorginterventies hebben mogelijk geen effect op angst.

	Zweers2016
--	------------

¹kans op vertekening van resultaten door gebreken in de onderzoeksopzet (RoB op basis beoordeling door auteurs van de review)

² onnauwkeurigheid van de effectschatting

Laag ¹² ⊕⊕○○	Telefonische ondersteuning heeft mogelijk een positief effect op kankersymptomen en mogelijk geen effect op distress en kwaliteit van leven. <i>Soon-Rim Suh2017</i>
Redelijk ¹ ⊕⊕⊕○	Telefonische ondersteuning heeft waarschijnlijk een positief effect op zelfzorg. <i>Soon-Rim Suh2017</i>

¹kans op vertekening van resultaten door gebreken in de onderzoeksopzet (RoB op basis beoordeling door auteurs van de review)

² onnauwkeurigheid van de effectschatting

Andere richtlijnen en aanbevelingen

Voldoende kwaliteit	De aanbevelingen uit deze twee richtlijnen (<i>Rouw en Depressie</i> in de palliatieve fase) geven praktische handvaten voor alle professionals. Om tot aanbevelingen voor de wijkverpleging te komen voor alle oncologische patiënten zijn voor een gedeelte van de aanbevelingen aanpassingen nodig of moeten er mogelijk enkele worden geschrapt omdat het niet binnen het taakgebied van de wijkverpleging ligt. <i>(IKNL, 2022a en b)</i>
---------------------	--

Voldoende kwaliteit	De aanbeveling uit de handreiking <i>palliatieve zorg thuis</i> geeft generieke aanbeveling voor de zorg thuis. Deze aanbeveling zijn zowel toepasbaar op het somatische gedeelte als het psychologische gedeelte. Om tot aanbevelingen voor de oncologische patiënten (niet alleen in de palliatieve fase) met psychosociale problemen te komen zal een gedeelte van de aanbevelingen moeten worden aangepast of moeten er mogelijk enkele worden geschrapt. <i>(V&VN, 2020)</i>
---------------------	--

Voldoende kwaliteit	De aanbevelingen uit deze kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening zijn behoorlijk generiek. Waarbij wel een algemene richting wordt aanbevolen waar de hulpverlening zich op moet focussen. <i>(WPZisa, 2019)</i>
---------------------	---

Voldoende kwaliteit	In deze zogenoemde 'Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer' wordt een vier-niveau model gepresenteerd hoe om te gaan met psychosociale problemen bij oncologische patiënten. Dit model aangepast naar de Nederlandse verpleegkundige situatie voor alle oncologische patiënten zou een kapstok kunnen zijn voor het toepassen een gedegen wijkverpleegkundige begeleiding. <i>(NICE, 2019)</i>
---------------------	--

Nursing interventions classification (NIC)

Matige kwaliteit	In de Nursing interventions classification (NIC) worden verschillende verpleegkundige interventies gepresenteerd voor oncologische patiënten, waarbij de kwaliteit van de onderbouwing van de interventies uitéénloopt. Daarbij dient op gemerkt te worden dat een gedeelte van deze verpleegkundige interventies vanuit logisch klinisch redeneren volgt en/of zich niet/slecht laat onderzoeken in een RCT (bijv. door ethische problemen)
------------------	--

Samenvatting van de kennis

Geïnccludeerde reviews

5 **Tuominen2018**

In deze review van reviews van lage kwaliteit (zie bijlage 7) is effectiviteit van verpleegkundige interventies onderzocht bij patiënten met kanker. Er werd tot aan lente 2017 gezocht en er werden negen systematische reviews van matige (k=3) hoge kwaliteit (k=3) (volgens de AMSTAR) gevonden met in totaal 112 originele onderzoeken. De reviews bekeken het effect van educatieve, psychosociale en psychologische verpleegkundige interventies en verpleegkundig interventies die coping ondersteunen en bevorderen. Ook waren er resultaten gevonden over activiteit bevorderende interventies om kanker gerelateerde vermoeidheid te voorkomen. De resultaten en de beoordeelde risk of bias per review werd opgenomen in respectievelijk Table 2 en 4 van het artikel. Table 5 geeft een overzicht van alle studies bij elkaar, waarbij het effect op een bepaalde uitkomstmaat (bijvoorbeeld angst) met betrekking tot een specifieke interventie (bijvoorbeeld een educatieve interventie) wordt aangegeven. Er zijn bijvoorbeeld twee reviews van matige kwaliteit die geen verschil vinden van een educatieve interventie op angst, maar er is één review van hoge kwaliteit die een positief effect vindt.

20 **Reviews die niet in Tuominen2018 waren opgenomen**

Zweers2016

In deze review van lage kwaliteit (zie bijlage 7) werd het effect van door verpleegkundigen geleide interventies om angst te reduceren bekeken bij kankerpatiënten in een vergevorderd stadium. Zeven studies werden geïnccludeerd, onderverdeeld in: patiëntenvoorlichting, telemonitoringprogramma's, psychotherapeutische interventies, complementaire zorginterventies of een combinatie daarvan van deze. In Table 2 van het artikel staan de resultaten beschreven. Alleen bij twee onderzoeken werd een significant positief effect gevonden op angst door respectievelijk een psycho-educatie interventie (na drie maanden) en een telefoon monitoring interventie (na zes maanden). Voor de overige interventies werd geen significant effect gevonden.

Soon-Rim Suh2017

In deze review van voldoende kwaliteit (zie bijlage 7) werden de effecten van telefonische ondersteuning door verpleegkundigen (vs aandachtscntrolle of gebruikelijke zorg) voor patiënten met kanker geëvalueerd. Er werd tot aan februari 2016 gezocht en er werden 13 RCTs en 3 non-RCTs geïnccludeerd (n=2912).

De telefonische ondersteuning had een positief effect op het verminderen van kankersymptomen (-0,33 (95%BI -0,56, -0,1) en distress (-0,12 (95%BI -0,2, -0,04), en verbeterde zelfzorg (0,64 (95%BI 0,5, 0,23) en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQOL) (0,14 (95%BI 0,03, 0,2).

Richtlijnen

45 Een richtlijn (IKNL, 2022a) van voldoende kwaliteit over rouw in de palliatieve fase geeft een aantal aanbevelingen, deze staan geciteerd in kader 1.

Kader 1: Aanbevelingen uit de IKNL richtlijn Rouw in de palliatieve fase

Tav voorlichting:

- Normaliseer de signalen van rouw:
 - Geef aan dat een veelheid en verscheidenheid aan reacties mogelijk is (bijvoorbeeld fysiek, emotioneel, cognitief, gedragsmatig), maar dat deze niet noodzakelijkerwijs voor hoeven te komen;
 - Geef aan dat de duur van rouw verschilt per persoon en situatie;

- Geef aan dat betekenisgeving een element van rouw kan zijn.
- Benadruk dat ieder rouwproces uniek is, dat er niet een bepaalde “juiste” manier van rouwen bestaat en dat rouw tussen personen binnen één gezin sterk kan verschillen, afhankelijk van verschillende factoren.
- Geef aan dat rouw zowel voor het overlijden (bij patiënt en naasten) als na het overlijden kan optreden. Ga in gesprek over de bijbehorende verlieservaringen.
- Benadruk dat de meeste mensen die een verlies meemaken op de lange termijn geen ernstige psychische gevolgen ervaren.
- Overweeg om rouwmodellen te bespreken als hulpmiddel om patiënten of naasten rouw beter te laten begrijpen, als daar behoefte aan is of passend is bij de persoon. Benoem daarbij dat rouwmodellen gebaseerd zijn op observaties van experts over mensen in rouw, maar dat niet één model “de waarheid” over rouw representeert.
- Maak patiënten en naasten attent op organisaties en/of deskundigen binnen de eigen organisatie, die online en/of telefonisch informatie over rouw bieden en waarnaar bij vragen voor hulp verwezen kan worden.
- Wijs op de volgende websites voor rouw bij volwassenen

Tav begeleiding/behandeling

- Nodig de rouwende persoon uit om in gesprek te gaan over verlies en dood. Zorg dat de persoon in rouw gehoord en gezien wordt. Erken het verlies, geef ruimte voor alle mogelijke emoties en monitor de gehanteerde coping strategieën (zowel van de patiënt als de naasten) en eventuele ernstige klachten. Sluit aan bij de behoefte van de patiënt.
- Respecteer unieke aspecten van de persoon in rouw. Ga er niet van uit dat rouw in goed afgegrensde fasen of taken vorm krijgt, leidend naar acceptatie of afronding. Vel geen oordeel over de manier waarop iemand omgaat met rouw.
- Wees je als hulpverlener bewust van je eigen houding ten opzichte van verlies en dood, en realiseer je daarbij hoe anders dat voor anderen kan zijn.
- Overweeg om met patiënten in gesprek te gaan over wat zij hun naasten willen meegeven over ‘hun leven en levenservaring’.
- Overweeg de mogelijkheden om met iemand in de palliatieve fase de balans van het leven op te maken, volgens een gestructureerde methode van life review

Een richtlijn (IKNL, 2022b) van voldoende kwaliteit over Depressie in de palliatieve fase geeft een aantal aanbevelingen, deze staan geciteerd in kader 2. Deze aanbevelingen hebben veel overlap met de aanbevelingen uit de richtlijn Angst in de palliatieve fase, daarom is de richtlijn niet apart meegenomen.

5

Kader 2: Aanbevelingen uit de IKNL richtlijn Depressie in de palliatieve fase

Deze richtlijn bevat de volgende aanbevelingen met betrekking tot verminderen van het risico op depressie:

- Gebruik patiëntgerichte communicatie ter preventie en/of vermindering van depressie en angst, door aandacht te besteden aan wie de patiënt is en wat deze ervaart op het gebied van lichamelijke klachten, gevoelens, emoties, normen en verwachtingen, zorgen en behoeften. Overweeg het gebruik van een gespreksmodel zoals de AAA-checklist, het BELIEFmodel of het NURSEmodel als handvat voor patiëntgerichte communicatie. Let op de non-verbale signalen van de patiënt en de naasten en/of mantelzorgers en op de eigen non-verbale communicatie. Laat regelmatig stiltes vallen in een gesprek, bijvoorbeeld bij het bespreken van emotionele onderwerpen.

- Geef eerlijke en duidelijke informatie over het ziektebeeld, waarbij de informatie is afgestemd op wat de patiënt op dat moment wil en kan horen en waarbij ruimte geboden wordt voor vragen over het toekomstperspectief, maar gerespecteerd wordt als deze niet gesteld worden. Gebruik eenvoudige, begrijpelijke taal. Gebruik de terugvraagmethode om te controleren of de persoon de informatie begrepen heeft.
- Maak waar mogelijk gebruik van o.a. interculturele consulenten, geestelijk verzorgers en professionele (gebaren)tolken, om te ondersteunen bij gesprekken waarbij een verschil in taal, cultuur, levensbeschouwing en bijbehorende normen en verwachtingen wordt ervaren
- Betrek de naasten en/of mantelzorgers bij zorgplanning en uitvoering van de zorg, om te bepalen wat nodig is voor comfort en optimaal welbevinden van de patiënt. Zorg er daarbij voor dat de naasten en/of mantelzorgers ondersteund worden in hun lichamelijke, emotionele en informatiebehoeften. Voor handvatten kijk op Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase (palliaweb.nl).
- Behandel, indien mogelijk, de oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren van depressie bij patiënten in de palliatieve fase, mits dit gewenst is door de patiënt en de behandeling zinvol en haalbaar wordt geacht in het licht van de algemene toestand en de levensverwachting van de patiënt. Daarmee kan mogelijk depressie behandeld of voorkomen worden.

Daarbij kan gedacht worden aan:

- Behandeling van symptomen (bijv. pijn, (zie [richtlijn Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen](#) en [richtlijn Pijn bij patiënten met kanker](#)), [dyspneu](#), [obstipatie](#), mictieklachten, [vermoeidheid](#), mobiliteitsstoornissen en [slaapstoornissen](#)), die niet onder controle zijn en van invloed zijn op de stemming;
 - Regelmatige medicatiebeoordeling en zo mogelijk staken van medicatie (bijv. corticosteroïden, opioïden) en/of ziektegerichte behandeling (bijv. antihormonale therapie) die van invloed zijn op de stemming;
 - Behandeling van onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
 - Behandeling van onderliggende endocriene stoornissen, m.n. hyper-/hypothyreoïdie en hyper-/hypocortisolisme;
 - Correctie van elektrolytstoornissen, m.n. [hypercalciëmie](#) en hyponatriëmie;
 - Correctie van vitaminedeficiënties (bijv. vitamine B12, B1 en B6);
 - Behandeling van anemie.
- Begin bij depressieve klachten met ondersteunende gesprekken door een arts, verpleegkundig specialist, physician assistant en/of verpleegkundige, of eventueel een POH-GGZ.

Een handreiking (V&VN, 2020) van voldoende kwaliteit over palliatieve zorg thuis geeft een aantal aanbevelingen, deze staan geciteerd in kader 3.

5

Kader 3: Aanbevelingen uit de V&VN Handreiking palliatieve zorg thuis

Deze richtlijn bevat de volgende aanbevelingen

- (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden bespreken met de patiënt en naasten wat voor hen belangrijk is bij de zorg in de laatste levensfase. Zij gaan daarbij continu na in hoeverre patiënten eigen regie kunnen en willen voeren en waar ondersteuning nodig is. Proactieve zorg/Passende zorg.
- (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden zijn zich ervan bewust en respecteren dat patiënten veel kunnen verschillen in hun opvattingen, bijvoorbeeld over de mate waarin ze regie wensen, wat mede bepaald wordt door cultuur, religie of levensbeschouwing, sociale context, conditie en gezondheidsvaardigheden.

- Wijkverpleegkundigen en verzorgenden zijn zich bewust van hun eigen ideeën en gedachten over levensbekortende of levensverlengende behandelingen en bijkomende ethische vragen.
- (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden stemmen de zorg af op de persoonlijke kennis, waarden, normen, wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt en die van hun naasten.
- (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden bespreken met de patiënt welke personen (professionele zorgverleners, naasten, vrijwilligers) hij/zij bij welke zorg wenst te betrekken. Zij respecteren die wens en houden daarmee rekening in de palliatieve zorgverlening.
- (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden zorgen ervoor dat de patiënt en naasten betrokken zijn bij de besluitvorming over de palliatieve zorg thuis. Het gaat hier om gezamenlijke besluitvorming.
- (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden stellen zich op de hoogte van eventuele wilsverklaringen van patiënten.
- (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden stimuleren de patiënt om eventuele wilsverklaringen te bespreken met de huisarts.
- (Wijk)verpleegkundigen ondersteunen patiënten en naasten naar behoefte bij levenseindebeslissingen, zoals over vocht- en voeding toediening, antibiotica, reanimatie, uitzetten van ICD, palliatieve sedatie, euthanasie, orgaandonatie en bewust stoppen met eten en drinken.
- (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden bespreken, na toestemming van de patiënt, eventuele wilsverklaringen met de huisarts.
- Alsnog niet bekend is wie de centrale zorgverlener is, dan bespreken (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden, na toestemming van de patiënt, de eventuele wilsverklaringen met de huisarts of de hoofdbehandelaar.

Een kwaliteitsstandaard uit 2019 van de WPZisa (de VWS-werkgroep Psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening) van voldoende kwaliteit [over Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen](#) geeft een aantal aanbevelingen, deze staan geciteerd in kader 4.

5

Kader 4: Aanbevelingen uit de [Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen](#)

Deze richtlijn bevat de volgende aanbevelingen

- Bespreek met de patiënt dat de somatische ziekte gevolgen kan hebben zowel op het lichamelijk vlak als op het mentale, emotionele, existentiële en sociale vlak en op maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren.
- Stel de patiënt gerust dat dit erbij kan horen en veel voorkomt.
- Geef gericht en vooral gedoseerd informatie en ga na of de patiënt (en naaste) het begrijpt.
- Gebruik naast het gesprek - indien nodig - een screeningsinstrument als ondersteuning om de psychosociale zorgbehoefte(n) van de patiënt te bepalen.

10 In een richtlijn van voldoende kwaliteit van de National Institute for Clinical Excellence: 'Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer - The Manual' (NICE 2019). Het doel van deze leidraad is om de noodzakelijke servicemodellen vast te stellen, zodat patiënten met kanker, hun families en andere mantelzorgers de benodigde ondersteuning krijgen bij het omgaan met kanker en de gevolgen van de behandeling. Er worden adviezen gegeven over psychologische (kader 5),
15 sociale (kader 6) en spirituele ondersteuning (kader 7). Bij psychologische ondersteuning gaat het om indeling van groepen ernst aan bepaalde hulpverleners en wat voor type interventies

Kader 5 Aanbeveling met betrekking tot psychologische ondersteuning

Algemeen

5.11 Alle medewerkers die rechtstreeks verantwoordelijk zijn voor de zorg van patiënten dienen patiënten algemene emotionele steun aan te bieden op basis van bekwame communicatie, effectieve informatieverstrekking, hoffelijkheid en respect.

5.14 Psychologische beoordelingen en interventies dienen te worden uitgevoerd in faciliteiten die rustig, comfortabel zijn en privacy bieden.

5.15 Medewerkers die psychologische zorg verlenen dienen adequaat te zijn opgeleid en begeleid, en mechanismen om ondersteuning te waarborgen dienen beschikbaar te zijn.

Model

5.17 Een vier-niveau model van professionele psychologische beoordeling en interventie dient te worden ontwikkeld en geïmplementeerd in elke keten voor oncologische zorg (Figuur 5.1). Professionele psychologische ondersteuning op niveaus 1 en 2 dient in eerste instantie te worden verleend door gezondheids- en maatschappelijk zorgprofessionals die rechtstreeks verantwoordelijk zijn voor de zorg van mensen met kanker. Ernstigere psychologische nood (niveaus 3 en 4) dient te worden behandeld door verschillende psychologische specialisten, waaronder counselors, geestelijke gezondheidsverpleegkundigen, klinische en gezondheidspsychologen, psychotherapeuten en liaison-psychiaters. Het kan nodig zijn dat dergelijke specialisten binnen het Kankernetwerk werken, inclusief in de eerstelijnszorg, ziekenhuizen, hospices en de gemeenschap, om dit zorgmodel te realiseren. Het is ook essentieel dat gezondheids- en maatschappelijk zorgprofessionals patiënten in staat stellen en toerusten om hun eigen psychologische behoeften te herkennen en beheren.

5.19 Dit model dient te worden ondersteund door de erkenning dat patiënten en mantelzorgers vaak hun eigen emotionele toestand kunnen beoordelen en in hun eigen behoeften aan ondersteuning kunnen voorzien. Ze kunnen kiezen voor steun van familie, vrienden of zelfhulpgroepen. Velen ontwikkelen een aanzienlijk repertoire aan zelfmanagementstrategieën.

5.20 Het model omvat het scala aan psychologische vaardigheden en expertise waarop patiënten kunnen terugvallen en vertegenwoordigt de diversiteit van psychologische vaardigheden die door verschillende professionele disciplines worden gedekt. De functie van elk niveau van zorgverlening is als volgt.

NICE heeft verschillende niveaus beschreven. Waarin verschillende niveaus van zorg worden beschreven niveau

Niveau 1

Interventie

5.24 Professionals dienen in staat te zijn om:

- eerlijk en met medeleven te communiceren met degenen die door kanker worden getroffen (zie ook Onderwerp 3, Face-to-Face-communicatie)
- patiënten en mantelzorgers met vriendelijkheid, waardigheid en respect te behandelen
- ondersteunende relaties op te bouwen en te onderhouden
- patiënten en mantelzorgers te informeren over het brede scala aan emotionele en ondersteunende diensten die voor hen beschikbaar zijn.

5.25 Passende interventies op Niveau 1 kunnen de ontwikkeling van ernstigere psychologische problemen voorkomen, waardoor de vraag naar diensten op Niveau 2 en verder kan worden beïnvloed.

Niveau 2

Interventie

5.28 Niveau 2 omvat psychologische technieken zoals probleemoplossing, uitgevoerd door getrainde en begeleide gezondheids- en maatschappelijke zorgprofessionals om acute situatiecrises op cruciale momenten in het patiënten proces te beheren. Klinische verpleegkundig specialisten, onder anderen, kunnen worden getraind en ondersteund om beoordelingen uit te voeren en relevante interventies te leveren.

Niveau 3

Interventie

5.30 Niveau 3 omvat specifieke psychologische interventies zoals angstmanagement en oplossingsgerichte therapie, uitgevoerd volgens een expliciet theoretisch kader door een getrainde, geaccrediteerde en begeleide counselor. Het heeft als doel milde tot matige niveaus van psychologische stress, waaronder angst, depressie en woede, te beheren. Specifieke psychologische interventies op dit niveau zijn ook geschikt voor het omgaan met milde tot matige kanker gerelateerde zorgen, zoals zorgen over behandeling, persoonlijke relaties (inclusief seksuele relaties), relaties met ziekenhuispersoneel en spirituele kwesties.

Niveau 4

Interventie

5.32 Niveau 4 omvat gespecialiseerde psychologische en psychiatrische interventies uitgevoerd door ggz professionals om matige tot ernstige geestelijke gezondheidsproblemen te beheren. Deze omvatten ernstige depressie en angst, organische hersensyndromen, ernstige interpersoonlijke problemen (inclusief ernstige psychoseksuele problemen), alcohol- en drugsgerelateerde problemen, persoonlijkheidsstoornis en psychotische aandoeningen.

5.37 Er dienen passende faciliteiten beschikbaar te zijn voor het uitvoeren van psychologische beoordelingen en interventies, rekening houdend met de behoeften van patiënten en mantelzorgers op het gebied van privacy en comfort. In situaties waarin patiënten niet in staat zijn om te reizen, kunnen specialistische psychologische/psychiatrische interventies worden geleverd via huisbezoeken.

Interventies vanuit de Nursing interventions classification (NIC)

5 De onderbouwing van de verpleegkundige interventies in dit handboek is ooit begonnen met een financiering vanuit de National Institutes of Health en het National Institute of Nursing Research. De onderbouwing van de eerste versies bestond uit diverse methoden, waaronder inhoudsanalyses, enquêtes onder deskundigen, groepsinterviews, vergelijkingsanalyses, hiërarchische clusteranalyses, multidimensionale schaalmethoden, en toetsing in het klinisch veld. Nu bouwt het voort op recente evidence-based ontwikkelingen in de verpleegkunde en expert opinion. De kwaliteit van de onderbouwing en de actualiteit kan 10 hierdoor wisselen maar het geeft wel een praktisch handvat.

In dit onderdeel wordt een selectie (interventies gericht op psychosociale en psychologische zorg) gemaakt van aanbevolen interventies voor het specialisme gebied oncologische zorg.

15 Selectie interventies voor het specialisme gebied oncologische zorg en tussen haakjes wanneer deze is beschreven of voor het laatst herzien:

- Angstreductie (2004)
- Danstherapie (2018)
- Energieregulering (2008)
- 20 - Familiebetrokkenheid, bevordering (2008)
- Fytotherapie (2018)
- Healing Touch (2013)
- Hoopbevordering (2008)

- Lotgenotencontact: bevordering (2013)
- Mantelzorgondersteuning (2004)
- Massage (2008)
- 5 - Muziektherapie (2004)
- Ontspanningstherapie (2008)
- Persoonlijke effectiviteit, verbetering (2008)
- Probleemhantering, verbetering (2013)
- Reiki (2013)
- 10 - Spirituele ondersteuning (2004)
- Stervensfase, zorg in (2013)
- Telefonische nazorg (2000)
- Therapeutic touch (2013)
- Voorlichting: procedure/behandeling (2000)
- Voorlichting: ziekteproces (2004)
- 15 - Zintuigelijke indrukken, voorbereiden op (2000)
- Actief luisteren (NIC 4920),
- Anticiperende begeleiding (NIC 5210),
- Angstreductie (NIC 5820),
- Verbetering probleemhantering (NIC 5230)
- 20 - Zorg in de stervensfase (NIC 5260).

COMMENTAARFASE



Uitgangsvraag 5 Verwijzen en consulteren

Bij welke criteria verwijst/consulteer je naar een andere zorgprofessionals, zoals de (POH)-GGZ, het algemeen- en medisch maatschappelijk werk, geestelijk- of kerkelijke ondersteuners en psychosociale zorgverleners in de ziekenhuizen en/of de eerste lijn?

5 Inleiding

De uitgangsvraag voor deze module is:

- Bij welke criteria verwijst/consulteer je naar een andere zorgprofessional, zoals de (POH)-GGZ, het algemeen- en medisch maatschappelijk werk, geestelijk- of kerkelijke ondersteuners en psychosociale zorgverleners in de ziekenhuizen en/of de eerste lijn?

Het hoofdstuk begint met de ‘aanbevelingen’ voor de praktijk: wat de verpleegkundige zou moeten doen, zou moeten overwegen om te doen of wat je juist niet zou moeten doen. Dit wordt gevolgd door een hoofdstuk ‘overwegingen’, waarin een beknopt overzicht wordt gegeven van het gevonden bewijs en de kwaliteit ervan, maar ook informatie vanuit de praktijk speelt een belangrijke rol. Ook wordt besproken wat het bewijs betekent vanuit zowel het perspectief van de patiënt, mantelzorgers en de verpleegkundige, welke impact de aanbevelingen hebben op de organisatie van zorg, de kostenoverwegingen, en het wordt afgesloten met een uitleg over de redenering achter de aanbevelingen van de werkgroep. Voor degenen die dieper wil ingaan op het verzamelde bewijs en de daaruit getrokken conclusies, volgt nog een apart hoofdstuk.

Doel en doelgroep

- Verpleegkundigen en verzorgenden hebben een belangrijke rol bij het betrekken van en verwijzen naar andere zorgprofessionals bij patiënten met kanker in de verschillende stadia van de ziekte die te maken hebben met psychosociale problematiek.
- Doelgroep zijn verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten. Zij zijn werkzaam in de wijk, zoals wijkteams, thuiszorgteams en in de huisartsenpraktijken. Waarbij verzorgenden meestal niet zelf verwijzen, maar dit kunnen aankaarten bij de verpleegkundigen van hun team.

5 Aanbevelingen

DOEN

10 Organiseer op basis van klinische ervaring en een screeningsinstrument aanvullende psychosociale zorg. Kijk daarbij of het gaat om een behoefte aan aandacht of draagkracht vergrotende ondersteuning, of er een klachtgerichte behandeling nodig is, of dat het een crisissituatie betreft.

15 Heb oog voor de mantelzorger.

Zorg dat je goed op de hoogte bent van de wijze waarop de gemeente de psychosociale zorg heeft georganiseerd, dit verschilt namelijk per gemeente.

20

OVERWEEG

Overweeg om klachten en behoeften uit te vragen via het ABC-model, waarbij tabel 1-3 suggesties geeft waar de wijkverpleging naar kan doorverwijzen.

25

5 Overwegingen

Het bewijs is op één richtlijn gebaseerd om afkappunten of evaluatiemomenten te duiden om zo na te gaan of de patiënt mogelijk moet worden doorverwezen. Verder informatie om tot een aanbeveling te komen is op 'practice based informatie' gebaseerd.

Kwaliteit van bewijs

- 10 Het bewijs geeft onvoldoende aanknopingspunten om strenge afkappunten/criteria voor doorverwijzing te hanteren.

Practice based informatie

Klachten en behoeften uitvragen

- 15 De wijkverpleegkundige kan de eerste zijn die merkt dat een patiënt of naaste kampt met problemen om met de ziekte en alle bijkomende effecten van de ziekte of behandeling om te gaan. Belangrijk is dat hij/zij dan weet wat te doen en wat de mogelijkheden zijn. Vaak is een luisterend oor voldoende, soms is er meer ondersteuning nodig. De werkgroep heeft een indeling gemaakt in type hulpvraag: Gaat het om een behoefte aan aandacht, begeleiding of is er sprake van een crisis (deze indeling is overgenomen uit de richtlijn Zingeving en Spiritualiteit in de Palliatieve Fase, IKNL, 2018). Hoe dit er in de praktijk uitziet is hieronder weergegeven in figuur 1. Psychosociale zorg door wijkzorg. Deze figuur is ontwikkeld op basis van de input uit de focusgroepen met professionals.
- 20

- 25 Hieronder volgt een beschrijving van de ABC aanpak (in Tabel 1-3 worden suggesties gedaan voor eventuele verwijs mogelijkheden/verengingen/websites)

A: Behoefte aan Aandacht; is er is meer aandacht en informatie nodig dan er nu is?

Het begint met een goed gesprek. Voor een groot deel van de cliënten en hun naasten is dit voldoende om zelf weer verder te kunnen. Door te luisteren, te informeren en te normaliseren voelen cliënten zich gehoord en serieus genomen.

- 30 Er kan gewezen worden op diverse mogelijkheden van informele zorg en ander niet-medisch aanbod. Om klachten te voorkomen of iemands draagkracht te vergroten. In onderstaand overzicht is te zien waaraan gedacht kan worden. Denk bijvoorbeeld aan inloophuizen waar zonder afspraak een kop koffie gedronken kan worden, deelnemen aan contactdagen via patiëntenorganisaties of het in contact komen met lotgenoten via Facebook en andere sociale media.
- 35

Eventueel kan een screeningsinstrument zoals de vragenlijsten voor Positieve Gezondheid (mijnpositievegezondheid.nl) of de Lastmeter gebruikt worden om een gesprek te structureren, zo komen ook onderwerpen als middelengebruik of seksualiteit aan bod.

- 40 *B: behoefte aan Begeleiding; extra hulp om draagkracht te vergroten of draaglast te verminderen*

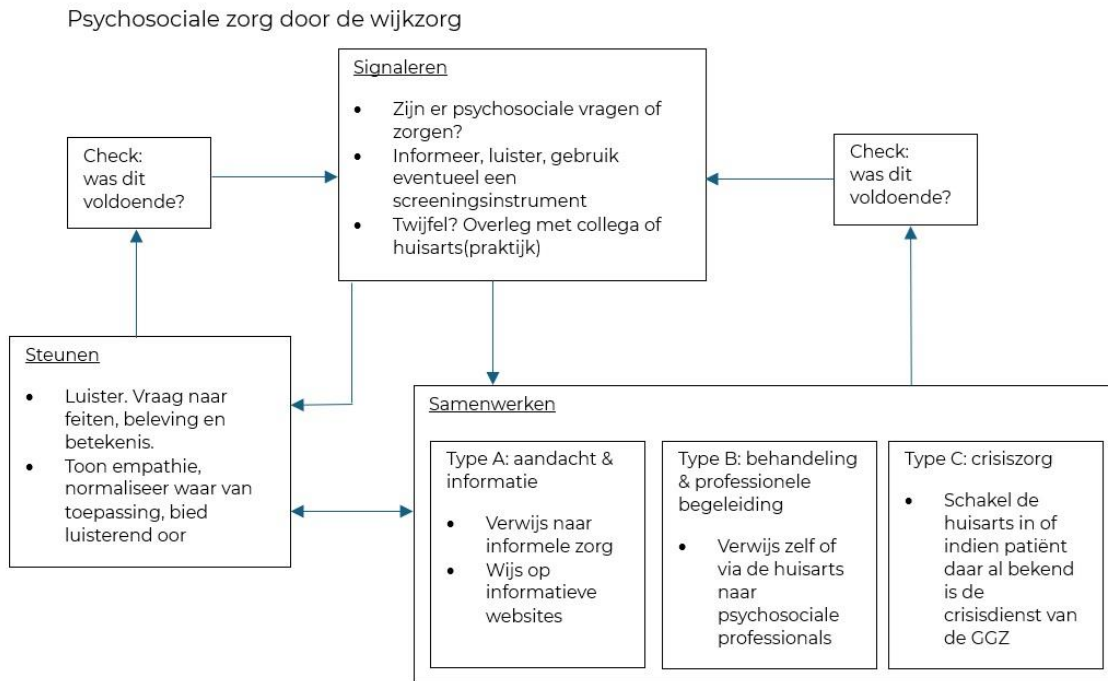
Bij een behoefte aan begeleiding en ondersteuning, kan een screeningsinstrument zoals de vragenlijst voor Positieve Gezondheid of Lastmeter gebruikt worden. Afhankelijk van de uitkomst kunnen dan mogelijkheden van verzekerde en niet verzekerde zorg aangereikt worden. Ook kan de POH-GGZ (via de huisartsenpraktijk) een rol spelen in het verder uitzoeken van de meest passende optie. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de mogelijkheden, dit kan met een patiënt besproken worden. Op kanker.nl kan ook passende zorg worden gezocht. <https://www.kanker.nl/hulp-en-ondersteuning/vind-hulp>

45

C: Crisis; het leven loopt vast, het ene probleem maakt ook het andere steeds erger, de

oplossingsmogelijkheden worden steeds kleiner, i.p.v. groter, er dreigt gevaar. Het direct doorzetten naar medische of psychiatrische zorg staat centraal: er is met spoed meer zorg nodig. Een huisarts moet ingeschakeld worden om de juiste zorg bij te organiseren of er moet rechtstreeks contact worden opgenomen met een crisisdienst van de GGZ. Contact opnemen met de huisarts moet altijd met toestemming van een cliënt. Motiverende gespreksvoering (en dus de passende scholing hiervoor) kan van belang zijn.

5



Figuur 1. Psychosociale zorg door wijkzorg

10

tabel 1: Aandacht en informatie

Algemene informatie (suggesties voor websites)	www.kanker.nl (met websites voor specifieke kankersoorten en ook verwijs hulp) www.iknl.nl www.kwf.nl Nationaal AYA Jong en Kanker Zorgnetwerk (ayazorgnetwerk.nl) www.ipso.nl https://www.allerzorg.nl/specialismen/care-for-cancer www.mantelzorg.nl Home - OncologieZorgnetwerken www.geestelijkeverzorging.nl
Lotgenotencontact en advies	Patiëntenverenigingen https://ipso.nl/ Maggie's center

tabel 2: Begeleiding: verwijzing over het algemeen via huisarts en belangrijk om te vragen wat de eigen kosten zijn

Zorggebieden	Voorbeeldvragen of problemen	Suggesties voor verwijzing naar psychosociale en/of (para)medische zorgverleners

<p>Lichamelijke problemen:</p>	<p>Zorgen over vermoeidheid en pijn.</p> <p>Vragen als: hoe verdeel ik mijn energie beter? Waar kan ik heen met problemen op seksueel vlak? Ik heb moeite met slikken.</p>	<p>Huisarts</p> <p>Praktijkondersteuner</p> <p>Oncologieverpleegkundige/ ziekenhuis ondersteuners</p> <p>Care for cancer Fysiotherapeut,</p> <p>Diëtist,</p> <p>Logopedist,</p> <p>Seksuoloog,</p> <p>Huid/Oedeemtherapeut,</p> <p>Ergotherapeut,</p> <p>Revalidatiearts</p>
<p>Praktische problemen</p>	<p>Zorgen over ADL, geld, vervoer, huishouden. Zorgen om de kinderen of nalatenschap.</p> <p>Vragen als: ik kan mijn huishouden niet volhouden, hoe vraag ik hulp aan? Hoe regel ik mijn erfenis? Wie zorgt er straks voor mijn kinderen?</p>	<p>Thuiszorg (ADL/Huishouden)</p> <p>Wijkteams/Sociaal Domein gemeente</p> <p>Onafhankelijke Cliënt ondersteuners (in elke gemeente)</p> <p>Stichting MEE</p> <p>(Medisch) maatschappelijk werker</p> <p>Care for cancer</p>
<p>Werk-gerelateerde problemen</p>	<p>Zorgen over geld, uitkering en hervatten van werk?</p> <p>vragen als: hoe lang kan ik in de ziektewet blijven? Hoe start ik weer met werken? Hoe bewaak ik mijn grenzen nu ik minder energie heb?</p>	<p>Praktijkondersteuner GGZ</p> <p>Bedrijfsarts</p> <p>Bedrijfsarts Consulent Oncologie (BACO), (Medisch) maatschappelijk werker</p> <p>StapNu coaches (vaak spreekuur in IPSO centra)</p> <p>Care for cancer</p>
<p>Gezins-/sociale problemen</p>	<p>Zorgen over de kinderen, partners en directe naasten</p> <p>Vragen als: hoe blijf je partners van elkaar nu je ook patiënt en mantelzorger bent. Mijn dochter wil nergens over praten maar ik zie dat ze het zwaar heeft, wie kan helpen? Wat leg ik uit aan mijn 3 jarige over mijn</p>	<p>Praktijkondersteuner GGZ</p> <p>(Medisch) maatschappelijk werker</p> <p>Psycholoog, systeemtherapeut</p> <p>Psycho-oncologische centra</p> <p>Bij lichtere problematiek IPSO centra</p> <p>Kasam</p>

	ziek zijn?	
Emotionele problemen	<p>Zorgen over wat normale gevoelens zijn en wanneer er meer hulp nodig is, behoefte om te delen</p> <p>Vragen als: Ik ben bang en pieker veel, wat kan ik doen? Sinds de diagnose ben ik Sombor en heb ik nergens meer zin in, hoe pak ik de draad weer op? Sinds de behandeling heb ik steeds nachtmerries, wat doe ik daar aan? Hoe krijgt het leven weer zin nu ik zoveel heb moeten inleveren?</p>	<p>Praktijkondersteuner GGZ (Medisch) maatschappelijk werker (ziekenhuis),</p> <p>Psycholoog, psychotherapeut</p> <p>Psychiater,</p> <p>Psycho-oncologische centra</p> <p>Geestelijk verzorger</p> <p>IPSO centra</p> <p>Care for Cancer</p>
Cognitieve problemen	<p>Zorgen over aandacht, geheugen en planning</p> <p>Vragen als: sinds de chemo vergeet ik erg veel, kan ik daar iets aan doen? Mijn vrouw is erg veranderd sinds haar hersentumor, hoe ga ik daar mee om?</p>	<p>Neuropsycholoog (diagnostiek)</p> <p>Centra voor niet aangeboren hersenletsel</p> <p>Ergotherapeut</p> <p>Psycho-oncologische centra</p> <p>Revalidatiecentra</p> <p>POH-GGZ (omgang met)</p>
Levens-beschouwelijke of zingevingsvragen	<p>Zorgen over geloof, spiritualiteit, zin in het leven en betekenisgeving</p> <p>Vragen als: ik worstel met mijn geloof nu ik ziek ben geworden, hoe kan dit mij overkomen? Waarom ik? Ik kan niet meer genieten na mijn ziek zijn, hoe vind ik dat weer terug?</p>	<p>Praktijkondersteuner GGZ</p> <p>Geestelijk verzorger</p> <p>Psycholoog</p> <p>(medisch)maatschappelijk werk</p> <p>Psycho-oncologische centra</p> <p>IPSO centra</p> <p>Care for Cancer</p>

Tabel 3: crisis (verwijzen kan pas als de patiënt in zorg is)

Zorggebieden	Voorbeeldvragen of problemen	Suggesties voor verwijzing naar psychosociale en/of (para)medische zorgverleners
Op meerdere	De emotionele klachten zijn	Via huisarts of huisartsenpost -> GGZ

levensgebieden vastlopen	levensbedreigend Klachten als: Ik heb suïcidale gedachten. Ik ben zo somber dat ik tot niks meer kom. Ik drink steeds meer alcohol om de dag door te komen	instelling. Revalidatiecentrum
--------------------------	---	---------------------------------------

Verwijzen naar verzekerde zorg (wordt vergoed)

Hierbij gaat het om zorg die vanuit het basispakket van de zorgverzekering wordt vergoed. Dit gaat vaak (behalve HA en POH-GGZ) van het eigen risico af (prijsniveau 2024: minimaal 385 euro eenmaal per jaar, tenzij dit hoger is afgesloten). Soms wordt ondersteuning slechts gedeeltelijk vergoed (bij een restitutiepolis of een uit de aanvullende verzekering) en komt een deel van de kosten voor eigen rekening, afhankelijk van de verzekering. De verwijzing voor deze zorg loopt hoofdzakelijk via de huisartsenpraktijk (huisartsenzorg, inclusief POH-Somatiek en POH-GGZ worden altijd vergoed). De huisarts vraagt meestal de POH-GGZ in de praktijk om mee te kijken, alvast ondersteuning te bieden, eventueel te verwijzen naar een psycholoog of andere Geestelijke Gezondheidszorg aanbieder en vaak ook de wachttijd hiervan te overbruggen.

Verwijzen naar kosteloze zorg

Dit betreft zorg die kosteloos te krijgen is zonder verwijzing van (huis)arts en aangevraagd kan worden op eigen initiatief (van cliënt). Per gemeente kan deze ondersteuning verschillen maar over het algemeen bestaan er in elke gemeente de volgende ondersteuningsmogelijkheden: denk aan wijkteams, clientondersteuners, IPSO Centra voor Leven met en na kanker, palliatieve vrijwilligers, casemanagers thuiszorg, GV thuis en Maggies Center.

Let ook op de mantelzorg

De naaste van de patiënt met kanker kan overbelast raken of behoefte aan steun hebben. Hiervoor is een richtlijn Mantelzorg door V&VN ontwikkeld. Sinds begin september 2023 zijn vier nieuwe praktische hulpmiddelen beschikbaar die gebruikt kunnen worden om belastbaarheid van zowel de jonge als de oudere mantelzorg in kaart te brengen en het gesprek hierover met hen aan te gaan. <https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-mantelzorg/>

Er is ook een handzame waaier ontwikkeld met tien acties om overbelasting bij mantelzorgers te voorkomen en te verminderen. De waaier biedt een overzicht van 10 opeenvolgende, concrete acties om mantelzorg bespreekbaar te maken, overbelasting te meten en te signaleren. De waaier is te vinden op: <https://www.mantelzorg.nl/pro/publicaties/overbelasting-voorkomen-bij-mantelzorgers-actieplan-voor-zorgprofessionals/>

35 Waarden en voorkeuren van zorggebruikers

Naar wie je doorverwijst is ook afhankelijk van de patiënt. Zo gaf een van de wijkverpleegkundigen het voorbeeld: “Soms past de huisarts beter bij een gezin dan de POH-GGZ, omdat ze hem vertrouwen en kennen.” Daarnaast is het belangrijk om te kijken naar beleving en betekenis. Hoe beleeft iemand zijn ziekte. Wat is voor iemand van belang? Wat geeft betekenis? Waar is behoefte aan?

Professioneel perspectief

Wijkverpleegkundigen geven de volgende aandachtspunten aan ten aanzien van het

consulteren en verwijzen:

- Grote verschillen tussen teams. Met sommige wijkteams zijn contacten goed en lijntjes kort, soms loopt samenwerking erg moeizaam.
- Wie heeft de regie? Deze vraag komt in beide focusgroepen terug.
- Netwerken: opbouwen van een sociale kaart is belangrijk. Netwerken is belangrijk, maar disciplines zitten soms op eigen eiland.
- Veel onbekendheid bij andere professionals, met name huisarts, over de mogelijkheden voor een oncologisch patiënt.
- Wijkverpleegkundigen hebben de verantwoordelijkheid zich te verdiepen in het aanbod voor de patiënt. Zodat ze weten wat er in de regio is, of hoe ze dit kunnen vinden op bijv. Kanker.nl

Organisatie van zorg

In hoeverre de aanbevelingen in de praktijk uitgevoerd kunnen worden hangt af van:

- De te besteden tijd van wijkverpleegkundige/verzorgende
- Kwaliteit van scholing wijkverpleegkundige /verzorgende
- Wachtlijsten verzekerde en onverzekerde zorg
- Overdracht van bv ziekenhuis aan thuiszorg
- Actuele beschikking tot sociale kaart

Kosten(effectiviteit)

- 20 Tijdig signaleren en zoveel mogelijk preventief zorg aanbieden/organiseren bespaart kosten en voorkomt psychisch lijden.

Rationale voor de aanbeveling

- 25 Er zijn geen harde criteria om door te verwijzen. Het is belangrijk dat de wijkverpleegkundige goed naar de behoeftes van de patiënt luistert en de verschillende verwijs mogelijkheden in omgeving kent.

5 Conclusies

Conclusie uit de kennis

Het bewijs is te onzeker om een duidelijk afkappunt/criteria te hanteren voor doorverwijzing.

10 Samenvatting van de kennis

Een richtlijn van voldoende kwaliteit over het detecteren van psychosociale zorg geeft een aantal aanbevelingen, deze staan geciteerd in kader 7.

Kader 7: Aanbevelingen uit Detecteren behoefte psychosociale zorg

Deze richtlijn bevat de volgende aanbevelingen:

Positieve gezondheid: Het spinnenweb is een gespreksinstrument, dat de gebruiker aanzet tot reflectie over de eigen toestand. Dat kan zelfstandig óf in een gesprek met de professional of vrijwilliger. Omdat er ook veel behoefte bestaat aan het kunnen meten en evalueren van Positieve Gezondheid, is inmiddels bij de digitale gesprekstool voor volwassenen onderliggend een meetfunctie ontwikkeld, op 17 aspecten, waarmee Positieve Gezondheid en de ontwikkeling daarin gemeten kan worden (Van Vliet et al., 2021). De digitale gesprekstool heeft de mogelijkheid per dimensie on- en offline interventies te koppelen. Zo kunnen er, na de inzet van een of meerdere interventies, op populatieniveau uitkomsten op ervaren gezondheid worden afgelezen in een dashboard. Naast het eerste spinnenweb voor volwassenen zijn er inmiddels ook een spinnenweb en vragenlijst voor kinderen van 8 - 16 jaar (Kindtool), voor jongeren van 16 - 25 jaar (Jongerentool) en een Eenvoudige tool, die ook voorgelezen kan worden, voor mensen die moeite hebben met lezen. Materialen Er zijn folders met een korte introductie en een spinnenwebje met een korte versie van zes vragen. Er zijn scheurblokjes op A5- formaat met de diverse spinnenwebben. Er zijn voorlichtingsfilmpjes, geschikt voor bijvoorbeeld het scherm in de wachtkamer. En in 2021 verscheen het Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk, samenwerken aan betekenisvolle zorg (Huber et al. 2021). Kijk voor meer informatie op www.iph.nl

Lastmeter

Er wordt geadviseerd een afkappunt van ≥ 4 voor de Lastmeter te hanteren voor het signaleren van distress/behoefte aan zorg bij volwassen mensen met kanker. Dit afkappunt is een belangrijke indicatie voor de verwijswens van de patiënt, de kans dat een patiënt met een score boven een afkappunt een wens heeft om verwezen te worden is namelijk drie keer hoger dan bij een patiënt met een score onder het afkappunt. Echter, er zijn ook patiënten met een score onder het afkappunt die een verwijswens hebben.

EORTC QLQ-C30

De werkgroep is van mening dat het niet wenselijk is om afkappunten voor de EORTC QLQ-C30 aan te bevelen. De EORTC QLQ-C30 is niet bedoeld als signalerings- of screeningsinstrument, maar

is wel geschikt voor het monitoren van problemen over tijd.

COMMENTAARFASE

5

10



Bijlagen

5 Bijlage 1

Algemene achtergrondgegevens

De handreiking is, in samenwerking met V&VN, ontwikkeld door de werkgroep en gefinancierd door ZonMw. De werkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door een projectteam van het Trimbos-instituut. Dit projectteam bestond uit een algemeen projectleider, een informatiespecialist, drie methodologen/projectmedewerkers, en twee projectassistenten.

In totaal kwam de werkgroep voorafgaand aan de commentaarfase drie keer fysiek en drie keer online bijeen. Gedurende het traject zijn de stappen van de methodiek voor evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) doorlopen. De informatiespecialist van het Trimbos-instituut verrichtte op systematische wijze het literatuuronderzoek. De reviewers () van het Trimbos-instituut hebben in overleg met de topicgroepen een selectie gemaakt van de gevonden onderzoeken. De reviewers beoordeelden de kwaliteit en inhoud van de aldus verkregen literatuur en verwerkten deze in evidencetabellen, beschrijvingen van de wetenschappelijke onderbouwing en wetenschappelijke (gewogen) conclusies. Voor een aantal uitgangsvragen was geen wetenschappelijke evidentie beschikbaar en is gebruik gemaakt van grijze literatuur en focusgroepen. Leden van de werkgroep hebben op basis van de resultaten van de literatuursearch, de grijze literatuur, de interviews met wijkverpleegkundigen, de best practices en de focusgroepen de praktijkoverwegingen en aanbevelingen geformuleerd.

5 Bijlage 2

Samenstelling werk-, advies- en projectgroep

Voor het ontwikkelen van de kwaliteitsstandaard is in 2018 een werkgroep ingesteld. De werkgroep, onder voorzitterschap van mevr. Corine Nierop - van Baalen, bestond uit drie verpleegkundig specialisten, een psychiatrisch verpleegkundige, een voorzitter van V&VN Urologie, een seksuoloog en systeemtherapeut, een huisarts, een GZ-psycholoog en seksuoloog, twee POH-S, en een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie. Voorafgaand aan het ontwikkeltraject zijn kennismakingsgesprekken gevoerd met de kandidaat leden voor de werkgroep om zicht te krijgen op hun expertise en om wederzijdse verwachtingen te bespreken. Naast de werkgroep is een adviesgroep samengesteld, die tijdens de commentaarfase is gevraagd schriftelijk te reageren op de conceptteksten.

Werkgroep

Geïdentificeerd door het V&VN Programmabureau, in overleg met verschillende V&VN afdelingen:

Naam deelnemer	Functie	Afgevaardigd namens	Topicgroep*
Corine Nierop	Verpleegkundig specialist, verplegingswetenschapper en hogeschool hoofddocent	Nvt	Nvt
Tony de Meulder	Geestelijk verzorger, theoloog	VGZ	4
Saskia Claassen (tot januari '24)	Verpleegkundig specialist, Zorgmanager Care for Cancer	V&VN	1
Karin Addens	BPSW Medisch maatschappelijk werker	BPSW	3
Mirjam Unk	POH-GGZ	LV POH GGZ	3
Dione van Someren	Oncologieverpleegkundige	V&VN	1 en 2
Karen van der Ploeg	Psycholoog	NIP	1 en 4
Ivonne Oomen	Oncologieverpleegkundige	V&VN	3
Anette Pet	Psycholoog (gepensioneerd)	NVPO	3
Andrea van Puffelen	Verpleegkundig specialist	V&VN	1
Johanna Kasperkovitz (sinds november '23)	Programmamanager Samenwerking en Kwaliteit	IPSO	3

**Indeling Topicgroepen*

Topicgroep	
Topicgroep Welke (bij voorkeur gevalideerde) screeninginstrumenten kunnen ingezet worden om psychosociale problemen te herkennen? Welke (bij voorkeur in het Nederlands en gevalideerde) lijsten voor de evaluatie van psychosociale problemen kan men gebruiken?	1:
Topicgroep Welke handvatten voor het vaststellen de verpleegkundige diagnose van psychosociale problemen zijn beschikbaar en toepasbaar voor de Nederlandse praktijk?	2:
Topicgroep Wat zijn effectieve (niet-medicamenteuze, waaronder psycho-educatie) verpleegkundige interventies die buiten het ziekenhuis toegepast kunnen worden om mensen met psychosociale problemen te ondersteunen?	3:
Topicgroep Bij welke criteria verwijst/consulteer je naar een andere zorgprofessionals (zoals de (POH-)GGZ, het algemeen- en medisch maatschappelijk werk, geestelijk- of kerkelijke ondersteuners en psychosociale zorgverleners in de ziekenhuizen en/of de eerste lijn)?	4:

Adviesgroep

De adviesgroep is van belang voor een brede professionele en maatschappelijke toepassing van de handreiking. De adviesgroep is betrokken bij de ontwikkeling van de handreiking betrokken geweest door de beoordeling van de concept handreiking in de uitgebreide commentaarfase. De commentaarfase besloeg een periode van 6 weken waarin de Adviesgroep is uitgenodigd om commentaar op de verschillende onderdelen te geven. Dit commentaar is vervolgens gewogen en verwerkt door de werkgroep.

De adviesgroep bestaat uit de volgende organisaties:

Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)
Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ)
Nederlandse Vereniging van Kankerpatientenorganisaties (NFK)
Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO)
V&VN afdeling Oncologie
V&VN afdeling Oncologie - netwerk Eerstelijns oncologieverpleegkundigen
V&VN afdeling Oncologie - themawerkgroep Psychosociale zorg
V&VN afdeling Wijkverpleegkundigen
Brancheorganisatie IPSO

Projectgroep

Naam	Functie
Eva Becking	Projectleider Trimbos-instituut
Matthijs Oud	Projectleider/Methodoloog Trimbos-instituut
Rikie Deurenberg	Informatiespecialist Trimbos-instituut
Erika Papazoglou (tot december '23)	Methodoloog/projectmedewerker Trimbos-instituut
Lex Hulsbosch	Methodoloog/projectmedewerker Trimbos-instituut
Isabelle Janson (sinds november '23)	Methodoloog/projectmedewerker Trimbos-instituut
Joyce Huls	Projectassistent Trimbos-instituut

Conflicterende belangen van alle betrokken zijn inzichtelijk gemaakt. Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij de afronding van de kwaliteitsstandaard een belangenverklaring ingevuld. Hiermee geven de werkgroepleden aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de kwaliteitsstandaard. Potentiële conflicterende belangen zijn door middel van ondervraging van de leden opgespoord en besproken. De bevindingen zijn schriftelijke vastgelegd in de belangenverklaring en opvraagbaar via richtlijnen@venvn.nl.

De ontwikkeling van deze handreiking is gefinancierd door ZonMw. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de handreiking.

5 Bijlage 3

Begrippenlijst en afkortingen

Casemanagers thuiszorg

10 De casemanager is een vaste contactpersoon die helpt om alle hulp te organiseren. Bijvoorbeeld wijkverpleging (persoonlijke verzorging en verpleging) en/of begeleiding in het dagelijks leven vanuit de Wmo en/of ondersteuning voor uw mantelzorger.

E-health

Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie in de zorg.

15 *EORTC QLQ-C30*

Een ziekte specifiek meetinstrument voor gebruik bij patiënten met of genezen van kanker dat een aantal aspecten van kwaliteit van leven beschrijft, waaronder: fysiek functioneren; rol functioneren; emotioneel functioneren; cognitief functioneren; sociaal functioneren.

20 *GV thuis*

Geestelijke verzorging thuis.

ICF-model.

25 International Classification of Functioning, Disability and Health is een classificatie-instrument. Dit model biedt de mogelijkheid om het functioneren van patiënten binnen hun sociale context in kaart te brengen.

IPSO

30 Een IPSO centrum biedt psychosociale zorg aan mensen geraakt door kanker. Van (ex) patiënten en naasten.

Lastmeter

35 Een landelijk ontwikkeld instrument om inzicht te krijgen in de behoefte aan psychosociale zorg bij mensen met kanker. Het instrument is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) en KWF Kankerbestrijding.

Maggies Center

40 Maggie Center biedt gratis praktische, emotionele en sociale ondersteuning aan mensen met kanker en hun families en vrienden.

Mantelzorg

Mantelzorg is zorg die buiten de professionele zorgverlening om wordt gegeven door één of meerdere leden vanuit diens directe omgeving.

45 *Naasten*

Personen die dicht bij iemand staan, bijvoorbeeld partner, familie, vrienden waar een goede band mee is.

NANDA

De North American Nursing Diagnoses Association. Het is een classificatie die verpleegkundigen helpt een diagnose te stellen.

NIC

- 5 Nursing Intervention Classification. Het is een classificatie van evidence based-interventies die verpleegkundigen kunnen inzetten met bijbehorende activiteiten.

NOC

- 10 Nursing Outcomes Classification is een classificatie van zorgresultaten. Zorgverleners kunnen hiermee de toestand van de cliënt evalueren en de voortgang volgen.

OMAHA

- 15 Het Omaha System is een classificatiesysteem. Het is een terminologie- en codestelsel in één. Met Omaha System kun je de gezondheidstoestand, acties en metingen voor een cliënt vastleggen.

Oncologische zorgnetwerken

- 20 Een lokaal of regionaal paramedisch en psychosociaal oncologisch netwerk van zorgverleners die mensen met kanker en hun naasten dichtbij huis helpen.

Palliatieve vrijwilligers

- 25 Vrijwilligers die zorg en ondersteuning bieden aan terminaal zieke mensen en hun mantelzorgers.

Patiënten in de curatieve fase

- De behandeling van de ziekte is gericht op genezing.

Patiënten in de controleperiode

- 30 De periode na de afsluiting van de behandelperiode, waarin op regelmatige basis controle door de behandelaar plaatsvindt, ook wel nazorg genoemd.

Patiënten in de palliatieve fase

- 35 De behandeling van de ziekte en/of symptomen is gericht op het verzachten van het lijden en het verhogen van de kwaliteit van leven. Genezing is niet meer mogelijk.

Patiënten in de stervensfase

- 40 De laatste dagen van het leven, waarbij er sprake is van een onomkeerbaar 'fysiologisch' proces waardoor het overlijden nabij is.

PLISSIT-model

- Een vier stappen model om seksuele gezondheid te bespreken.

Positieve Gezondheid

- 45 Het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

Psychosociale problemen in de oncologie

- 50 Een onplezierige emotionele ervaring van psychologische (cognitief, gedragsmatig, emotioneel), sociale en/of spirituele aard die kan interfereren met het vermogen om effectief om te gaan met kanker, de daarbij horende fysieke symptomen en de behandeling. Dit kan variëren van normale gevoelens van kwetsbaarheid, verdriet en angst tot gevoelens van depressie, paniek, sociale isolatie en spirituele crisis die het functioneren verstoren.

Psychosociale ondersteuning

- 55 Deze ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij problemen van psychische en sociale aard.

- Psychologische zorg*
Deze zorg is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van psychische klachten en stoornissen
- 5
- Psychosociale zorg*
Een verzamelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg.
- Psychosociaal welzijn*
Psychosociaal welzijn omvat emotioneel of psychologisch welzijn, evenals sociaal en collectief welzijn. De term 'kwaliteit van leven' is vergelijkbaar met psychosociaal welzijn in de zin dat er emotionele, sociale en fysieke componenten bij betrokken zijn.
- 10
- Psycho-educatie*
De zorgverleners geeft aan een cliënt informatie over een specifiek, psychisch probleem, zoals bijvoorbeeld angst. Er wordt advies gegeven over hoe een cliënt - maar ook diens partner, familieleden, vrienden of kennissen - het beste met het probleem van de cliënt om kunnen gaan.
- 15
- Screeningsinstrumenten*
Meetinstrumenten zijn een verzamelnaam van checklists en methodes die een verpleegkundige gebruikt om klachten en symptomen van een cliënt zorgvuldig na te gaan. De uitkomst van een meeting kan een trigger zijn voor een bepaalde interventie.
- 20
- SIPP*
Screening Inventory of Psychosocial Problems. Instrument voor screenen, signaleren en/of monitoren van distress.
- 25
- Spinnenweb Mijn Positieve Gezondheid*
Een zes dimensionale vragenlijst/spinnenweb voor mensen om hun ervaren gezondheid in kaart te brengen. Zorgverleners kunnen met die uitkomsten het gesprek voeren of wat voor hen belangrijk is en wat kan helpen om de situatie te verbeteren.
- 30
- Verpleegkundig proces*
Het verpleegkundig proces omvat diverse fasen: gegevens verzamelen, verpleegkundige diagnose(n) vaststellen, gewenste resultaten (doelen) vaststellen, verpleegkundige interventies plannen, verpleegkundige interventies uitvoeren en evaluatie van de resultaten.
- 35
- Vrijwilliger*
Persoonlijke zorg en ondersteuning door mensen die dit werk belangeloos en onbetaald doen. Er is geen persoonlijke relatie tussen de patiënt en vrijwilliger.
- 40
- (Vroeg)signaleren van psychosociale problemen*
Het (zo vroeg mogelijk) signaleren van psychosociale problemen om het ontstaan van ernstige problemen te voorkomen, door vroeg te kunnen starten met een behandeling of met gerichte ondersteuning.
- 45
- Wijkteams*
Een wijkteam is een professioneel team dat wijkbewoners helpt, zoals kinderen en hun ouders. Een wijkteam zit altijd in de buurt.
- 50

5 Bijlage 4

Autorisatie per module

Onderstaande verenigingen zijn in (maand, jaartal) per e-mail uitgenodigd om de richtlijn te accorderen. Autorisatie was mogelijk tot (maand, jaartal). In onderstaand overzicht is aangegeven welke verenigingen de handreiking hebben geautoriseerd.

10

Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGZ)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)
Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ)

15

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO)
Brancheorganisatie IPSO

COMMENTAARPREASIE

5 Bijlage 5

Patiëntenperspectief

Vertegenwoordiging in de werkgroep

Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie zijn meegenomen in de ontwikkeling van de handreiking. Dit is gebeurd door de afvaardiging van een deelnemer aan de werkgroep die het patiëntenperspectief vertegenwoordigd. In de werkgroep was iemand namens de brancheorganisatie IPSO afgevaardigd om het patiëntenperspectief te vertegenwoordigen. De patiëntvertegenwoordiger maakt deel uit van de werkgroep en is daarmee actief betrokken bij het formuleren van ‘overige overwegingen’ en aanbevelingen. Tevens is de patiëntvertegenwoordiger nauw worden betrokken bij het opstellen van het document ‘Patiënteninformatie’.

Vanuit de projectgroep zijn diverse pogingen ondernomen om patiëntenorganisaties (NFK en BVN) bij de werkgroep te betrekken, maar dit is helaas niet gelukt. De keuze om IPSO te betrekken is in overleg met de werkgroep gemaakt.

Vragenlijst doelpopulatie

Daarnaast zijn de voorkeuren van de doelpopulatie meegenomen door het uitzetten van een vragenlijst onder de doelpopulatie. De resultaten van deze vragenlijst dienen een tweeledig doel: 1) als onderdeel van de knelpuntanalyse dragen zij bij aan het formuleren van de uitgangsvragen en 2) als input om het perspectief van de doelpopulatie mee te nemen in de handreiking. De samenvatting van de uitkomst van deze vragenlijst is hieronder te vinden.

Patiënteninformatie

Tevens is er informatie voor patiënten ontwikkeld in nauwe samenwerking met patiënten en naasten. Deze informatie bevat een vertaling van de handreiking voor patiënten en hun naasten. Het is een instrument om de patiënt te ondersteunen in het overleg met de hulpverlener om tot een gemeenschappelijke taal en besluitvorming te komen. De informatie geeft patiënten een beter beeld van wat zij van de behandeling of begeleiding kunnen verwachten en helpt hen - samen met de verpleegkundige of verzorgende - een traject te kiezen dat bij hen past.

Samenvatting vragenlijst doelpopulatie

De vragenlijst Achterbanraadpleging is ingevuld door acht personen: zes vrouwen en twee mannen. De leeftijd van de invullers varieert tussen 47 en 72 jaar (gemiddelde leeftijd = 59 jaar). De helft van de invullers is gediagnosticeerd met borstkanker. Twee personen zijn gediagnosticeerd met bloed- of lymfeklierkanker, één persoon met longkanker en één persoon met darmkanker. Door de helft van de invullers is de vragenlijst 0 t/m 2 jaar na diagnose ingevuld, door één persoon na 6 t/m 10 jaar en door drie personen langer dan 10 jaar na diagnose. Zes invullers zijn of worden (waarschijnlijk) beter; twee worden (waarschijnlijk) niet beter. Bij vijf personen is hun behandeling afgerond: drie van hen staan onder controle van het ziekenhuis en twee niet meer.

Psychosociale problemen

In Tabel 1 staat een overzicht van psychosociale problemen waar de invullers mee te maken hebben gehad in verband met hun diagnose. In Tabel 2 staat een overzicht van hoe lang zij die problemen hebben gehad.

5

Tabel 1. Psychosociale problemen van deelnemers

Psychosociaal probleem, n (%)	Vlak na de diagnose	Aan het begin van de diagnose	Tijdens de behandeling	Na de behandeling	Gedurende het hele proces	Weet ik niet	n
Zorgen maken	2 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (75)	0 (0)	8
Piekeren/niet los kunnen laten	1 (14,3)	0 (0)	1 (14,3)	1 (14,3)	4 (57,1)	0 (0)	7
Angst	2 (28,6)	0 (0)	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	0 (0)	7
Zenuwachtig/Onrust	2 (28,6)	0 (0)	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	0 (0)	7
Concentratieproblemen	1 (12,5)	0 (0)	3 (37,5)	4 (50)	0 (0)	0 (0)	8
Slecht slapen	0 (0)	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	3 (42,9)	2 (28,6)	7
Somberheid	2 (28,6)	0 (0)	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0)	7
Prikkelbaarheid	0 (0)	0 (0)	2 (28,6)	1 (14,3)	3 (42,9)	1 (14,3)	7
Lusteloosheid	0 (0)	0 (0)	3 (37,5)	2 (25)	1 (12,5)	2 (25)	8
Lichamelijke klachten	0 (0)	0 (0)	3 (42,9)	0 (0)	2 (28,6)	2 (28,6)	7
Ander eetpatroon	0 (0)	1 (14,3)	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	7
Verhoogde hartslag	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0)	5 (71,4)	7
Tintelingen in handen en voeten	0 (0)	0 (0)	3 (50)	1 (16,7)	2 (33,3)	0 (0)	6
Paniek aanvallen	1 (16,7)	0 (0)	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	6
Moeite met seks of intimiteit	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	3 (42,9)	3 (42,9)	7
Minder plezier in dingen	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	4 (57,1)	2 (28,6)	7
Moeite met dagelijkse bezigheden	0 (0)	0 (0)	3 (37,5)	0 (0)	4 (50)	1 (12,5)	8
Relatieproblemen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	5 (71,4)	7
Spanningen in het gezin	0 (0)	0 (0)	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	7
Suïcidale gedachten	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (40)	3 (60)	5
Overmatig alcoholgebruik	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)	5
Overmatig (soft)drugsgebruik	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)	5
Zingevingproblemen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (50)	3 (50)	6
Doelloos voelen	1 (20)	0 (0)	1 (20)	0 (0)	2 (40)	1 (20)	5
Arbeidsgerelateerde problemen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)	3 (50)	2 (33,3)	6
Financiële problemen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)	5
Anders	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3

Tabel 2. Duur van psychosociale problemen van deelnemers

Psychosociaal probleem, n (%)	1-2 maanden	3-6 maanden	6-12 maanden	>12 maanden	Weet ik niet	n
Zorgen maken	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0)	6 (75)	0 (0)	8
Piekeren/niet los kunnen laten	0 (0)	3 (42,9)	0 (0)	4 (57,1)	0 (0)	7
Angst	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0)	5 (71,4)	0 (0)	7
Zenuwachtig/Onrust	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0)	4 (57,1)	0 (0)	7
Concentratieproblemen	1 (12,5)	3 (37,5)	0 (0)	4 (50)	0 (0)	8
Slecht slapen	0 (0)	1 (14,3)	3 (42,9)	1 (14,3)	2 (28,6)	7
Somberheid	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0)	4 (57,1)	1 (14,3)	7
Prikkelbaarheid	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	3 (42,9)	2 (28,6)	7
Lusteloosheid	0 (0)	3 (37,5)	0 (0)	3 (37,5)	2 (25)	8
Lichamelijke klachten	0 (0)	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	2 (28,6)	7
Ander eetpatroon	0 (0)	2 (28,6)	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	7
Verhoogde hartslag	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (71,4)	7
Tintelingen in handen en voeten	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0)	4 (57,1)	0 (0)	7
Paniek aanvallen	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	1 (16,7)	6
Moeite met seks of intimiteit	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	2 (28,6)	4 (57,1)	7
Minder plezier in dingen	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	4 (57,1)	1 (14,3)	7
Moeite met dagelijkse bezigheden	0 (0)	3 (37,5)	0 (0)	4 (50)	1 (12,5)	8
Relatieproblemen	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (71,4)	7
Spanningen in het gezin	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	1 (14,3)	4 (57,1)	7
Suïcidale gedachten	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (20)	4 (80)	5
Overmatig alcoholgebruik	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)	5
Overmatig (soft)druggebruik	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)	5
Zingeingsproblemen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (50)	3 (50)	6
Doelloos voelen	0 (0)	2 (33,3)	0 (0)	3 (50)	1 (16,7)	6
Arbeidsgerelateerde problemen	0 (0)	0 (0)	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	6
Financiële problemen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (20)	4 (80)	5
Anders	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)	3

Hulp of ondersteuning

- 5 Zeven invullers hebben professionele hulp of ondersteuning gehad bij hun psychosociale problemen. In drie gevallen was er sprake van hulp of ondersteuning van een psycholoog. In twee gevallen was dat van maatschappelijk werk en ook in twee gevallen van een verpleegkundige (specialist). In één geval was het van de huisarts. Ook was er één keer sprake van hulp of ondersteuning van een psychiater en één keer van een wijkteam.
- 10 In twee gevallen was er sprake van een andere bron van hulp of ondersteuning voor psychosociale problemen.

Ook hebben zeven invullers professionele hulp of ondersteuning gehad bij hun lichamelijke problemen. Dingen die werden genoemd waren onder andere: accupunctuur, oedeemtherapie, fysiotherapie en thuiszorg. Vijf personen hebben van hun zorgverlener(s) informatie gekregen over psychosociale problemen die ze tijdens hun ziekte (of daarna) kunnen of konden ervaren. Zorgverleners die werden genoemd, waren: een medisch specialist in het ziekenhuis, een wijkverpleegkundige of verzorgende, een macacareverpleegkundige, een (medisch) maatschappelijk werker, een psycholoog en een oncologieverpleegkundige. Drie personen rapporteerden dat zij informatie van (een)

15

20

zorgverlener(s) hadden willen krijgen over psychosociale problemen die zij tijdens hun ziekte (of daarna) kunnen of konden ervaren, bijvoorbeeld van een oncoloog, oncologisch verpleegkundige, huisarts, medisch psycholoog of iemand (anders) uit het ziekenhuis. Zeven personen rapporteerden te weten bij welke zorgverlener zij hulp kunnen vinden bij het omgaan met psychosociale problemen; één persoon rapporteerde dat niet te weten. In de vragenlijst is uitgevraagd of wijkverpleegkundigen en verzorgenden volgens de invullers een rol kunnen spelen bij psychosociale problemen. Vier invullers rapporteerden dat het kan, drie personen rapporteerden het niet te weten en één persoon rapporteerde dat het niet kan. De vier invullers die rapporteerden dat wijkverpleegkundigen en verzorgenden een rol kunnen spelen bij psychosociale problemen, rapporteerden daarbij dat wijkverpleegkundigen en verzorgenden een rol kunnen spelen door (a) bereikbaar te zijn voor vragen, (b) informatie te geven over de psychosociale gevolgen van de ziekte en/of behandeling, (c) informatie te geven over hulp of andere begeleidingsmogelijkheden, (d) emotionele ondersteuning in het algemeen te geven, (e) afspraken en/of praktische zaken te regelen en/of (f) er voor naasten te zijn.

COMMENTAARFASE

5 Bijlage 6

Knelpuntinventarisatie en analyse

Onderstaande eerste versie van de uitgangsvragen zijn door de V&VN aangedragen en gebaseerd op de volgende door hen ervaren knelpunten:

10 **Knelpunt 1:** De huidige richtlijnen zijn sterk verouderd en gericht op 1 punt van de psychosociale problematiek van de vaak kwetsbare oncologische patiënt. Echter is er vaak sprake van multi psychosociale problematiek bij een lichamelijke zieke kanker. Deze problematiek zorgt ervoor dat patiënten en hun naasten een grote ziektelast ervaren. En mogelijke behandelingen en of de ziekte minder goed aan kunnen. Het beïnvloedt sterk hun
15 kwaliteit van leven.

Knelpunt 2: Het ontbreekt de praktijk aan goede evidence based richtlijnen om deze patiënten te ondersteunen. (Wijk)verpleegkundigen hebben te weinig handvaten en missen een duidelijke leidraad om signalen te herkennen en de patiënt en zijn naasten te kunnen
20 ondersteunen bij deze klachten en indien nodig te kunnen doorsturen naar andere zorg professionals. Dit komt mede door de veelal intensieve behandel mogelijkheden over langere trajecten en de grote verscheidenheid aan behandelopties. Daarnaast verblijft deze patiënt steeds korter in het ziekenhuis en worden deze klachten vaak in de thuissituatie zichtbaar.

25 **Knelpunt 3:** De huidige richtlijn is versnipperd en verouderd. Onderwerpen als sociaal isolement, machteloosheid en ineffectieve coping zijn afzonderlijk uitgewerkt. De mogelijkheden op het gebied van oncologische behandelingen nemen toe net als de intensiteit. Echter de opname duur verkort. Hierdoor is de patiënt meer in zijn eigen thuissituatie ondersteunt door (wijk)verpleegkundigen en verzorgende. Naast lichamelijke
30 klachten en beperkingen heeft een oncologische behandeling impact op het psychosociale functioneren van de patiënt en zijn omgeving.

Knelpunt 4: In de praktijk is er een gebrek aan goed praktische voorbeelden (best practice).

Eerste versie uitgangsvragen

1. Wat zijn **signalen** waar verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten op kunnen letten om psychosociale problemen, waaronder sociaal isolement, machteloosheid en ineffectieve coping kunnen herkennen?
- 5 2. Welke handvatten voor de **diagnose** van psychosociale problemen, waaronder sociaal isolement, machteloosheid en ineffectieve coping kan men gebruiken?
3. Wat zijn **effectieve methoden** om mensen met psychosociale problemen, waaronder sociaal isolement, machteloosheid en ineffectieve coping en diens naasten te ondersteunen?
- 10 4. Welke handvatten voor de **evaluatie** van psychosociale problemen, waaronder sociaal isolement, machteloosheid en ineffectieve coping kan men gebruiken?
5. Wat zijn **praktische voorbeelden** wanneer andere zorgprofessionals kunnen worden betrokken?

Aanscherping voorlopige uitgangsvragen

15 Deze vragen zijn aangescherpt op basis van de volgende input:

- Input van de werkgroep
- Input van patiënten, welke is verzameld door middel van een online vragenlijst als onderdeel van de knelpuntenanalyse.

20 *Input van de werkgroep:*

De voorlopige vragen zijn besproken in de werkgroep Handreiking psychosociale problemen. Ter aanscherping van de door V&VN geopperde uitgangsvragen zijn de volgende opmerkingen gemaakt door de werkgroep:

- 25 • Sommige termen zijn te medisch of complex, hierdoor sluiten ze niet goed aan bij de doelgroep
- Zorg voor heldere afbakening en definities. Bijv. de leeftijdsgroep. We richten ons op volwassenen
- Wel of geen aandacht voor preventie
- 30 • Niet alleen aandacht voor wat, maar ook voor hoe. Aandacht voor de praktische toepassing
- Aandacht voor begeleiding door naasten
- Verpleegkundige classificatiesystemen worden weinig toegepast in de praktijk, een vertaalslag naar de praktijk zou hierbij kunnen helpen

35 *Input van patiënten*

Naast de input van de werkgroep zijn patiënten ook geraadpleegd tijdens de totstandkoming van de uitgangsvragen. Dit is gedaan door een online anonieme vragenlijst te verspreiden

onder patiënten als onderdeel van de knelpuntenanalyse. De input die deze raadpleging opleverde betrof onder andere:

- 5
- Specifiek aandacht in de handreiking voor veel en/of langdurige problemen: zorgen maken, piekeren/niet los kunnen laten, angst, zenuwachtig/onrust, minder plezier in dingen, somberheid en concentratieproblemen.
 - Extra aandacht voor goede en tijdige informatievoorziening (uitgangsvraag 3)
 - Tijdig en kundige doorwijzing. (Uitgangsvraag 5)
 - Ondersteuning van naasten. (Uitgangsvraag 6)

Definitieve Uitgangsvragen

- 10 Na het verwerken van de input zijn onderstaande uitgangsvragen vastgesteld. In dit overzicht is ook te zien hoe de uitgangsvragen corresponderen met de ervaren knelpunten (zie hierboven):

1. Welke (bij voorkeur gevalideerde) screeninginstrumenten kunnen ingezet worden om psychosociale problemen te herkennen?

Knelpunt 2
Knelpunt 3

2. Welke handvatten voor het vaststellen de verpleegkundige diagnose van psychosociale problemen zijn beschikbaar en toepasbaar voor de Nederlandse praktijk?

Knelpunt 2

3. Wat zijn effectieve (niet-medicamenteuze, waaronder psychoeducatie) verpleegkundige interventies die buiten het ziekenhuis toegepast kunnen worden om mensen met psychosociale problemen te ondersteunen? (Zie bijlage 2 voor review protocol)

Knelpunt 2

4. Welke (bij voorkeur in het Nederlands en gevalideerde) lijsten voor de evaluatie van psychosociale problemen kan men gebruiken?

Knelpunt 1
Knelpunt 3

5. Bij welke criteria verwijs/consulteer je naar een andere zorgprofessionals (zoals de (POH-)GGZ, het algemeen- en medisch maatschappelijk werk, geestelijk- of kerkelijke ondersteuners en psychosociale zorgverleners in de ziekenhuizen en/of de eerste lijn)?

Knelpunt 1
Knelpunt 4

6. Wat zijn effectieve interventies om naasten te ondersteunen en te betrekken in het ondersteunen bij en voorkomen van psychosociale problemen? *

Knelpunt 4

* De werkgroep heeft deze vraag meegenomen in de uitwerking van de overige vragen.

5 Bijlage 7

Verantwoording

Search strings algemene search naar richtlijnen

Er is een algemene search naar richtlijnen gedaan in de GIN database en in Medline.

Medline search

10 MO eva med20230710 psycho nursing SR en guidelines

Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 06, 2023>

Search Strategy:

15 1 "project Psychoeducatie".ti. (0)
 2 exp Neoplasms/ (3852059)
 3 (cancer* or neoplasm* or carcinoma* or malignan* or tumo#r).tw,kw. (3215779)
 4 exp *Neoplasms/ (3418180)
 5 (cancer* or neoplasm* or carcinoma* or malignan* or tumo#r).ti,kw. (2001705)
 20 6 "cancer patient*".ti,kw. (79743)
 7 exp *Neoplasms/nu, rh (12363)
 8 exp Cancer Survivors/ (8767)
 9 (cancer adj2 surviv*).tw,kw. (55421)
 25 10 **or/4-9 (3804976)= oncologie**
 11 nursing.sh. (51844)
 12 "Factors influencing cancer survivors' experiences with follow-up cancer care: results from the pan-Canadian Experiences of Cancer Patients".fc_titl. (1)
 13 "36123549".an. (1)
 14 "35959048".an. (1)
 30 15 "22093388".an. (1)
 16 "30335040".an. (1)
 17 "35026499".an. (1)
 18 **12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 (5)=5 vb**
 19 Counseling/ (39730)
 35 20 Patient Education as Topic/ (88292)
 21 psychoeducation.mp. (4480)
 22 (supportive adj2 educat*).tw,kw. (691)
 23 (Supportive adj2 counsel*).tw,kw. (571)
 24 (psychotherapeutic adj2 interventi*).tw,kw. (1830)
 40 25 (nurs* adj8 (intervention* or psychotherapist)).ti,ab. (24902)
 26 (nurs* adj8 (intervention* or psychotherapist)).ti. (5119)
 27 10 and 26 (435)
 28 10 and 11 (357)
 29 **19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 (130898)=psychoeducation etc**
 45 30 28 and 29 (2)
 31 18 and 29 (3)
 32 **10 and 29 (11366)= oncologie + nursing**
 33 "filter medline systematic reviews".ti. (0)
 34 meta analysis.pt. (183770)
 50 35 (meta-anal\$ or metaanal\$).tw,kf. (276120)

36 (systematic\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (325676)
 37 (quantitativ\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (13480)
 38 (methodologic\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (16266)
 39 medline.tw. and review.pt. (100850)
 5 40 (pooled adj3 analy*).tw,kf. (29021)
 41 "cochrane\$.fc_jour. (16325)
 42 **or/34-41 (533958)=sr**
 43 **32 and 42 (395)= oncologie + nursing + SR**
 44 43 (395)
 10 45 **limit 44 to yr="2010 -Current" (287) na 2010= SRs**
 46 exp Cancer Survivors/px (2951)
 47 11 and 29 (299)
 48 exp "Quality of Life"/ (268939)
 49 practice guideline/ (30496)
 15 50 from 18 keep 1-5 (5)
 51 from 45 keep 1-287 (287)
 52 guidelin*.ti,kw. (99852)
 53 **49 or 52 (116829)=guidelines**
 54 guideli*.tw,kw. (472799)
 20 55 47 and 54 (2)
 56 46 and 54 (207)
 57 29 and 54 (7263)
 58 nurs*.ti,kf. (315412)
 59 57 and 58 (305)
 25 60 59 (305)
 61 limit 60 to yr="2010 -Current" (147)
 62 53 and 61 (26)
 63 10 and 62 (6)
 64 **44 and 53 (9) guidelines**
 30 *****

Daarnaast is er bij aanvang van het traject geformuleerd dat bij de beantwoording van de vragen aangesloten wordt bij de volgende andere standaarden, richtlijnen en handreikingen:

- Richtlijn Sociaal isolement (IKNL, 2006)
- 35 • Richtlijn Machteloosheid (IKNL, 2006)
- Richtlijn Ineffectieve coping (IKNL, 2006)
- Richtlijn Rouw in de palliatieve fase (IKNL, 2022)
- Richtlijn Depressie in de palliatieve fase (IKNL, 2022)
- Richtlijn Angst in de palliatieve fase (IKNL, 2022)
- 40 • Richtlijn aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker (KWF, 2016)
- Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL, 2018)
- Handreiking palliatieve zorg thuis (V&VN)
- Meetinstrumenten in de palliatieve zorg (IKNL, 2018)

45 In samenwerking met de werkgroep zijn hier meest relevante producten geselecteerd, beoordeeld en meegenomen.

NVPO: Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg

Oordeel:

Redelijk uitgevoerde richtlijn. Laatste update (autorisatie): 1-5-2017.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	3 - 5
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Health care setting or context	11 - 100
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	5
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input checked="" type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	Bijlage Same instelling werkgroep
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input checked="" type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	Bijlagen Methodiek en Resultaten knelpunteninventarisatie patiënten

<p>6. TARGET USERS Report the target (or intended) users of the guideline.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	3 - 5
<p>DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT</p>		
<p>7. SEARCH METHODS Report details of the strategy used to search for evidence.</p>	<input type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)	
<p>8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</p>	<input type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) <input type="checkbox"/> Characteristics <input checked="" type="checkbox"/> Study design <input type="checkbox"/> Comparisons (if relevant) <input type="checkbox"/> Outcomes <input type="checkbox"/> Language (if relevant) <input type="checkbox"/> Context (if relevant)	Bijlage Methodiek
<p>9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence <input checked="" type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered <input type="checkbox"/> Consistency of results across studies <input checked="" type="checkbox"/> Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm <input checked="" type="checkbox"/> Applicability to practice context	Bijlage Evidencetabellen
<p>10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)	11 -100

<p>11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks <input checked="" type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks	11 - 100
<p>12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE</p>	<input checked="" type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations	
<p><i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) <input checked="" type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline	
<p>13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i></p>	<input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	
<p>14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i></p>	<input type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	

DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION

15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS

Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.

- A statement of the recommended action Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects)
- Relevant population (e.g., patients, public) Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply)
- If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline

16. MANAGEMENT OPTIONS

Describe the different options for managing the condition or health issue.

- Description of management options
- Population or clinical situation most appropriate to each option

17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS

Present the key recommendations so that they are easy to identify.

- Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms
- Specific recommendations grouped together in one section

DOMAIN 5: APPLICABILITY

18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION

Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.

- Types of facilitators and barriers that were considered
- Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation)
- Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the population receive mammography)
- How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations

19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS

Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.

- Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example:
 - Guideline summary documents
 - Links to check lists, algorithms
 - Links to how-to manuals
 - Solutions linked to barrier analysis (see Item 18)
 - Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18)
 - Outcome of pilot test and lessons learned

<p>20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations 	
<p>21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured 	
<p>DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE</p>		
<p>22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input checked="" type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline 	
<p>23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input type="checkbox"/> A description of the competing interests <input type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations 	

NICE Improving Supportive and Palliative Care for Adults with cancer 3

Oordeel:

Matig uitgevoerde richtlijn. Het is dan ook een oude richtlijn uit 2004, met een aanvulling uit 2019.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or <input checked="" type="checkbox"/> outcome(s) Target(s) (e.g., patient population, society)	4/15
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or <input checked="" type="checkbox"/> exposure(s) <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Health care setting or context	15-27
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and <input checked="" type="checkbox"/> age Clinical condition (if <input checked="" type="checkbox"/> relevant) Severity/stage of <input checked="" type="checkbox"/> disease (if relevant) Comorbidities (if relevant) Excluded populations (if relevant)	15-27
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) Institution <input checked="" type="checkbox"/> (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., <input type="checkbox"/> Seattle, WA) A description of the member's role in the guideline development group	189

<p>5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients' /publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input checked="" type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations 	<p>4/29/4 9/188</p>
<p>6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care) 	<p>17-32</p>
<p>DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT</p>		
<p>7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, 	<p>-</p>

	<ul style="list-style-type: none"> subheadings) <input type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix) 	
8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input type="checkbox"/> Study design <input type="checkbox"/> Comparisons (if relevant) <input type="checkbox"/> Outcomes <input type="checkbox"/> Language (if relevant) <input type="checkbox"/> Context (if relevant) 	-
9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Study design(s) included in body of evidence Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered Consistency of results <input type="checkbox"/> across studies Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm Applicability to practice context 	
10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote) 	4/5/2 6-30
11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks 	-

<p>12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE <i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) <input type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline	26-30
<p>13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input checked="" type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input checked="" type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input checked="" type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	188
<p>14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	title page
<p>DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION</p>		
<p>15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input checked="" type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input checked="" type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) <input type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline	174-175
<p>16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Description of management options <input checked="" type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option	174-175

<p>17. IDENTIFIABLE RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i></p>	<p>KEY</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section</p>	<p>174-175</p>
---	-------------------	--	----------------

COMMENTAARFASE

DOMAIN 5: APPLICABILITY

<p>18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the population receive mammography) <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations 	
<p>19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> ○ Guideline summary documents ○ Links to check lists, algorithms ○ Links to how-to manuals ○ Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) ○ Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) ○ Outcome of pilot test and lessons learned 	30-31
<p>20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) How the information gathered was used to inform the guideline development process <input type="checkbox"/> and/or formation of the recommendations 	47/54-

21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of	42-
	measurement <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured	
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i>	<input type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) A statement that the funding body did not influence the content of the guideline	
23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i>	<input type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input type="checkbox"/> A description of the competing interests <input type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations	

Palliatieve zorg thuis V&VN

Oordeel: Voldoende kwaliteit

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or <input checked="" type="checkbox"/> outcome(s) Target(s) (e.g., patient population, society)	9-10
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input type="checkbox"/> Intervention(s) or <input type="checkbox"/> exposure(s) <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if <input type="checkbox"/> appropriate) <input type="checkbox"/> Outcome(s) Health care setting or context	12- 29
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input type="checkbox"/> Target population, sex and <input checked="" type="checkbox"/> age Clinical condition (if <input checked="" type="checkbox"/> relevant) Severity/stage of <input type="checkbox"/> disease (if relevant) <input type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	10
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input type="checkbox"/> Geographical location (e.g., <input checked="" type="checkbox"/> Seattle, WA) A description of the member's role in the guideline development group	30-32
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input checked="" type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	37

6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators)	10-11
	<input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	
DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input checked="" type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input checked="" type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input checked="" type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)	45-60
8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input type="checkbox"/> Study design <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if relevant) <input type="checkbox"/> Outcomes <input type="checkbox"/> Language (if relevant) <input type="checkbox"/> Context (if relevant)	45-48
9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence <input checked="" type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input checked="" type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered <input type="checkbox"/> Consistency of results across studies <input type="checkbox"/> Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm <input type="checkbox"/> Applicability to practice context	49-60

<p>10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered)</p> <p><input type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures)</p> <p><input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)</p>	33-36
<p>11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits</p> <p><input type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks</p> <p><input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks</p> <p><input type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks</p>	-
<p>12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE <i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list)</p> <p><input type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline</p>	17-19, 54-60
<p>13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence)</p> <p><input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions)</p> <p><input type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations)</p> <p><input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings)</p> <p><input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)</p>	-

14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	online
DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION		
15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input checked="" type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) <input type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline	12-29
16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i>	<input type="checkbox"/> Description of management options <input type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option	
17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms <input checked="" type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section	4-8
DOMAIN 5: APPLICABILITY		
18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the population receive mammography) <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the	12-29

	recommendations	
<p>19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Guideline summary documents ○ Links to check lists, algorithms ○ Links to how-to manuals ○ Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) ○ Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) ○ Outcome of pilot test and lessons learned 	65-67

<p>20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations 	
<p>21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline-implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured 	
<p>DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE</p>		
<p>22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) A statement that the funding body did not influence the content of the guideline 	
<p>23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input type="checkbox"/> A description of the competing interests <input type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations 	

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input type="checkbox"/> Expected benefit(s) or <input checked="" type="checkbox"/> outcome(s) Target(s) (e.g., patient population, society)	11
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Target population <input type="checkbox"/> Intervention(s) or <input type="checkbox"/> exposure(s) <input type="checkbox"/> Comparisons (if <input type="checkbox"/> appropriate) Outcome(s) Health care setting or context	-
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex <input checked="" type="checkbox"/> and age Clinical condition <input type="checkbox"/> (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease <input type="checkbox"/> (if relevant) Comorbidities (if relevant) Excluded populations (if relevant)	3!
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) A description of the member's role in the guideline development group	4

<p>5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations 	18
<p>6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) 	8-11
	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care) 	
DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
<p>7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix) 	
<p>8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input type="checkbox"/> Study design <input type="checkbox"/> Comparisons (if <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	

	<p>relevant) Outcomes Language (if relevant)) Context (if relevant))</p>	
<p>9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i></p>	<p>Study design(s) included in body of evidence Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods)</p> <p><input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered Consistency of results across studies</p> <p><input type="checkbox"/> Direction of results <input type="checkbox"/> across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus <input type="checkbox"/> magnitude of harm Applicability to practice context</p>	
<p>10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered)</p> <p><input type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures)</p> <p><input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)</p>	18-21
<p>11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks</p> <p><input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks Recommendations reflect considerations of</p>	

	<input type="checkbox"/> both benefits and harms/side effects/risks	
12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE <i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i>	<input type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline	24-47
13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i>	<input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	
14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i>	<input type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur Methodology for the updating procedure	14
DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION		

<p>15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) <input type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline</p>	24-47
<p>16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Description of management options <input type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option</p>	24-47
<p>17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms <input checked="" type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section</p>	5-7

COMMENTARY DRAFT

DOMAIN 5: APPLICABILITY

<p>18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the population receive mammography) <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations 	<p>43-45</p>
<p>19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> ○ Guideline summary documents ○ Links to check lists, algorithms ○ Links to how-to manuals ○ Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) ○ Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) ○ Outcome of pilot test and lessons learned 	<p>61-66</p>

<p>20. RESOURCE IMPLICATIONS Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs)</p> <p><input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations</p>	24-46
<p>21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</p>	<p><input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline-implementation or adherence to recommendations</p> <p><input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations</p> <p><input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement</p> <p><input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured</p>	
<p>DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE</p>		
<p>22. FUNDING BODY Report the funding body's influence on the content of the guideline.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) A statement that the funding body did not influence the content of the guideline</p>	15
<p>23. COMPETING INTERESTS Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Types of competing interests considered Methods by which potential competing interests were sought</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A description of the competing interests How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations</p>	16-18

Oordeel: Goede kwaliteit

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	12
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input type="checkbox"/> Outcome(s) <input type="checkbox"/> Health care setting or context	13 1-96
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	12
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	92-92
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	94
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators)	12

	<input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	
DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input checked="" type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)	44
8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input checked="" type="checkbox"/> Study design Comparisons <input type="checkbox"/> (if relevant) Outcomes <input checked="" type="checkbox"/> Language (if relevant) <input type="checkbox"/> Context (if relevant)	Bijlage Zoekverantwoording en beoordeling
9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i>	<input type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence <input type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered <input type="checkbox"/> Consistency of results across studies <input type="checkbox"/> Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm <input type="checkbox"/> Applicability to practice context	
10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) <input type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)	Bijlage Methode
11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks	23, 24
12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE	<input type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations	1-97

<p><i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) <input type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline	
<p>13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i></p>	<input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	n.v.t.
<p>14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i></p>	<input type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input checked="" type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur <input checked="" type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	91
<p>DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION</p>		
<p>15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) <input type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline	1-96
<p>16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Description of management options <input type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option	1-96
<p>17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i></p>	<input type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms <input checked="" type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section	1-96
<p>DOMAIN 5: APPLICABILITY</p>		
<p>18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i></p>	<input type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation)	

	<input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the population receive mammography) <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations	
19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guideline summary documents <input type="checkbox"/> Links to check lists, algorithms <input type="checkbox"/> Links to how-to manuals <input type="checkbox"/> Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) <input type="checkbox"/> Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) <input type="checkbox"/> Outcome of pilot test and lessons learned 	Bijlage communicatie - en implementatie plan
20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	
21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured	91
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input checked="" type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline	92
23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i>	<input type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input type="checkbox"/> A description of the competing interests <input type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations	93

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	14
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input type="checkbox"/> Outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Health care setting or context	1-79
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	14
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	76
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	15, Bijlage methode
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators)	14

	<input type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	
DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input checked="" type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)	Bijlage Zoekverantwoording
8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input checked="" type="checkbox"/> Study design Comparisons <input type="checkbox"/> (if relevant) Outcomes <input checked="" type="checkbox"/> Language (if relevant) <input type="checkbox"/> Context (if relevant)	Bijlage n Methode & Zoekverantwoording
9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence <input checked="" type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered <input checked="" type="checkbox"/> Consistency of results across studies <input type="checkbox"/> Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm <input type="checkbox"/> Applicability to practice context	Bijlage methode
10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) <input type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)	Bijlage methode
11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks <input checked="" type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks	Bijlage methode en 1-79
12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE	<input type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations	

<p><i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i></p>	<input type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) <input type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline	
<p>13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i></p>	<input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	n.v.t.
<p>14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input checked="" type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	74
<p>DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION</p>		
<p>15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) <input type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline	1-79
<p>16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i></p>	<input type="checkbox"/> Description of management options <input type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option	
<p>17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i></p>	<input type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms <input checked="" type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section	1-79
<p>DOMAIN 5: APPLICABILITY</p>		
<p>18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation)	Bijlage communicatie - en implementatie plan

	<input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the population receive mammography) <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations	
19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> ○ Guideline summary documents ○ Links to check lists, algorithms ○ Links to how-to manuals ○ Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) ○ Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) ○ Outcome of pilot test and lessons learned 	Bijlage communicatie - en implementatie plan
20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	n.v.t.
21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured	n.v.t.
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input checked="" type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline	75
23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i>	<input type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input type="checkbox"/> A description of the competing interests <input type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations	n.v.t.

Uitwerking per uitgangsvraag

Uitgangsvraag 1,2 en 4 (signaleren, diagnostiek en evaluatie)

Uitwerking uitgangsvraag

Uitgangsvraag	<p>Welke (bij voorkeur gevalideerde) screeninginstrumenten kunnen ingezet worden om psychosociale problemen te herkennen?</p> <p>Welke handvatten voor het vaststellen de verpleegkundige diagnose van psychosociale problemen moet men gebruiken? En hoe kun je deze praktisch toepassen?</p> <p>Welke (bij voorkeur in het Nederlands en gevalideerde) lijsten voor de evaluatie van psychosociale problemen kan men gebruiken?</p>
Methode	<p>Een literatuursearch naar bestaande richtlijnen. Mochten er nog cruciale onderdelen ontbreken dan kan een aanvullende search worden overwogen.</p> <p>In aanvulling op de literatuursearch maken we gebruik van zogenoemde verpleegkundige classificatiesystemen. Hier valt te denken aan North American Nursing Diagnoses Association (NANDA), hoewel dit gebruikelijke verpleegkundige instrumenten zijn zal er ook nog naar alternatieven worden gekeken (bijv. Clinical Care Classification System (CCC)¹ en International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF))</p> <p>Nadat we de evidentie in kaart hebben gebracht voeren we een focusgroep uit om te bezien op welke wijze de evidentie in de praktijk kan worden toegepast</p>
PICO	
P	Oncologische patiënten met een vermoeden op psychosociale problematiek
I	Screening en Diagnostische en evaluatie instrumenten
C	(alleen voor screening) een diagnostisch instrument
O	Sensitiviteit, specificiteit of validering

Zoekstrategie

- 5 In de internationale richtlijn-databases [Guidelines International Network \(GIN\)](#) en [National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\)](#) is gezocht naar relevante richtlijnen. Daarnaast is gekeken naar de volgende verpleegkundige classificatiesystemen: de [North American Nursing Diagnoses Association \(NANDA\)](#), het [Clinical Care Classification System \(CCC\)](#)¹ en de [International Classification of Functioning, Disability and Health \(ICF\)](#).

10

NICE

Vijf zoekopdrachten gedaan, met de volgende zoektermen: “psychosocial” (1 resultaat), “psycho-social” (1 resultaat), “distress” (1 resultaat), “diagnos*” (90 resultaten) en “psych*”

¹ Voor 2003 stond het [Clinical Care Classification System \(CCC\)](#) bekend als het Home Health Care Classification System (HHCC).

(8 resultaten). Geen enkel resultaat bleek relevant te zijn. Ofwel de doelgroep was niet de juiste, ofwel het betrof geen diagnostiek (of wel diagnostiek, maar niet naar psychosociale problematiek).

5 **ICF**

De volgende zoekopdrachten gegeven, waarbij steeds alle eigenschappen in de “Advanced Search” box waren aangevinkt: “psycho*” (22 vermeldingen gevonden, waarvan slechts 1 specifiek met de term “psychosocial, namelijk de code b122, Global psychosocial functions; geen informatie over diagnostiek op dit vlak), “diagno*” (geen resultaten), “screen*” (geen resultaten), “distress” (geen resultaten).

Search strings wetenschappelijke databasen

Medline

- 15 trimbos eva med20230921 psychosocial cancer SR trials etc
"trimbos eva med20230921 psychosocial cancer SR trials etc"

Overzicht resultaten

Naam search	aantal
eva med20230921 psychosocial cancer guidelines	7
SR cancer patient + diagnose of screening + distress SRs	29
eva med20230921 psychosocial cancer referral	45
eva med20230921 psychosocial cancer validation	14
eva med20230921 psychosocial cancer instrumentation	19
eva med20230921 psychosocial cancer questionnaires	52
eva psy20230919 psychosocial cancer guidelines	45
coc trials 20230920 distress oncologic vanaf 2010	34
Cin 20230919 distress thermometer	19

20 **Cinahl**

search cinahl specifiek distress thermometer
"distress thermometer" + (MH "Netherlands") OR (ab (netherlan* or holland or dutch)) OR (in (netherlan* or holland or dutch))

25 **search naam eva 20230919 distress diagnosis**

search cinahl
(MH "Health Screening+") OR (MH "Mental Health Screening (Saba CCC)") OR "screening tool")
AND
(MH "Netherlands") OR (ab (netherlan* or holland or dutch)) OR (in (netherlan* or holland or dutch))

30)
AND
TI (_distress or _anxiety or stress or psychological or depression) OR AB (distress or anxiety or stress or psychological or depression)

35 AND (_tool or _instrument or scale or inventory or questionnaire)
Gevondern aantal =113 na 2015

Medline search

Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to September 20, 2023>

40 **Search Strategy:**

- 1 "Distress management in cancer patients".fc_titl. (1)
2 (distress* adj2 manage* adj5 (oncol* or cancer*).tw. (76)
3 (distress* adj2 manage* adj5 (oncol* or cancer*).kf. (3)
4 2 or 3 (77)
5 (english or dutch).la. (31481674)
6 4 and 5 (77)

7 6 (77)
 8 limit 7 to yr="2010 -Current" (67)
 9 "Stress, Psychological"/ (133934)
 10 "Stress, Psychological"/di (6006)
 5 11 Mass Screening/ (116536)
 12 (cancer* or neoplas* or oncolo*).ti,kf. (1666060)
 13 exp *Neoplasms/ (3442903)
 14 exp *Neoplasms/di (306097)
 15 13 and (11 or 14) (330064)
 10 16 9 and 15 (483)
 17 practice guideline/ (30647)
 18 from 8 keep 1-67 (67)
 19 consensus/ (21295)
 20 (guidelin* or consensus).ti. (124310)
 15 21 17 or 19 or 20 (147505)
 22 16 and 21 (8)
 23 (13 or 12) and (11 or 14) and 21 (3959)= cancer patient + diagnose of screening + guidelines
 24 23 (3959)
 25 limit 24 to yr="2010 -Current" (2505)
 20 26 distress*.ti,kf. (46778)
 27 **25 and (26 or 9) (7)= cancer patient + diagnose of screening + guidelines + distress**
 28 "filter medline systematic reviews".ti. (0)
 29 meta analysis.pt. (186817)
 30 (meta-anal\$ or metaanal\$).tw,kf. (283093)
 25 31 (systematic\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (334930)
 32 (quantitativ\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (13750)
 33 (methodologic\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (16521)
 34 medline.tw. and review.pt. (102690)
 35 (pooled adj3 analy*).tw,kf. (29633)
 30 36 "cochrane\$".fc_jour. (16441)
 37 or/29-36 (546019)
 38 (12 or 13) and (11 or 14) and (9 or 26) (678)= cancer patient + diagnose of screening + distress
 39 37 and 38 (32)= **SR cancer patient + diagnose of screening + distress**
 40 39 (32)
 35 41 **limit 40 to yr="2010 -Current" (29)= SR cancer patient + diagnose of screening + distress**
aantal na 2010
 42 is.fs. (688700)
 43 38 and 42 (20)
 44 validation study/ (109220)
 40 45 from 27 keep 1-7 (7)
 46 from 41 keep 1-29 (29)
 47 from 43 keep 1-20 (20)
 48 (12 or 13) and (11 or 14) and (9 or 26) and 44 (22)
 49 "Referral and Consultation"/ (76364)
 45 50 referral?.ti,kf. (22878)
 51 **(12 or 13) and (11 or 14) and (9 or 26) and (49 or 50) (54)=cancer patients + diagnose of screening + distress + referral**
 52 51 (54)
 53 limit 52 to yr="2010 -Current" (45)= **aantal referral na 2010**
 50 54 48 (22)
 55 limit 54 to yr="2010 -Current" (14)=**aantal validation studies na 2010**
 56 43 (20)
 57 limit 56 to yr="2010 -Current" (19)= **aantal studies met instrumentation na 2010**
 58 exp "Surveys and Questionnaires"/ (1217112)
 55 59 (12 or 13) and (11 or 14) and (9 or 26) and 58 (487)
 60 59 (487)
 61 limit 60 to yr="2010 -Current" (352)
 62 **61 and (37 or trial*.tw.) (52)= aantal questionnaires sr of trials**

Psycinfo search

Database: APA PsycInfo <1806 to September Week 1 2023>

Search Strategy:

-
- 5 1 exp Distress/ or distress.mp. (88430)
2 exp evidence based practice/ or exp experimentation/ or best practices/ (371856)
3 exp nursing/ (27216)
4 "distress thermometer".tw. (391)
5 "distress thermometer".id. (96)
10 6 (tool or instrument or scale or inventory or questionnaire).tw. (739810)
7 (tool or instrument or scale or inventory or questionnaire).id. (106580)
8 1 and 3 and (4 or 5 or 6 or 7) (169)
9 2 and 8 (6)
10 10 exp Treatment Guidelines/ (9402)
15 11 (guidelin* or consensu*).tw. (114884)
12 10 or 11 (116652)
13 8 and 12 (6)
14 exp measurement/ (511187)
15 8 and 14 (43)
20 16 exp Neoplasms/ (61800)
17 exp Survivors/ (20250)
18 (cancer* or oncol* or tumor or neoplas* or psycho?oncol*).tw. (88964)
19 16 or 17 or 18 (107350)
20 1 and 14 and 19 (1102)
25 21 12 and 20 (65)
22 21 (65)
23 limit 22 to (all journals and yr="2010 -Current") (45)

Cochrane search

- 30 In cochrane search op 2023 09 20 voor trials
Search Name: MO Eva 20230713 psychosocial nursing interventions
Date Run: 20/09/2023 23:27:32
Comment:

- 35 ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees and with qualifier(s): [nursing - NU, psychology - PX, rehabilitation - RH] 4929
#2 (cancer* or neoplasm* or carcinoma* or malignan* or tumo#r):ti 148752
40 #3 MeSH descriptor: [Cancer Survivors] explode all trees 812
#4 #1 OR #2 or #3 149959
#5 (psychotherapeutic NEXT interventi*):ti 62
#6 MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees 33576
#7 psychoeducat*:ti 1565
#8 psychosocial*:ti 3330
45 #9 #5 or #6 or #7 or #8 37669
#10 #4 and #9 2114
#11 nursing:ti 8563
#12 MeSH descriptor: [Evidence-Based Practice] explode all trees 3543
#13 MeSH descriptor: [Nursing] this term only 536
50 #14 #11 or #12 or #13 12465
#15 #10 and #14 30
#16 distres*:ti 5048
#17 distres*:ab 25569
#18 #16 OR #17 26873
55 #19 #14 AND #18 199
#20 #4 AND #19 34

Selectie

Eenvoudige zoekopdracht met de zoekterm “psych*”. Erika Papazoglou selecteerde de literatuur op basis van de eerder beschreven ‘Uitwerking uitgangsvraag’, dit leverde 76 resultaten op. Hiervan lijken er 3 bruikbaar te zijn en 4 twijfelgevallen. Van de 3 bruikbare richtlijnen valt er 1 af, omdat dit de Engelstalige versie is van één van de andere twee (de Nederlandse richtlijn “Detecteren behoefte psychosociale zorg” van IKNL).

(Waarschijnlijk) relevant:

- (NL), I. (2010). Detecteren behoefte psychosociale zorg. National evidence-based guideline.
- (CA), M. U. (2015). Follow-up Care and Psychosocial Needs of Survivors of Prostate Cancer.

Misschien relevant:

- AWMF (DE), D. K. G. (DE). (2023). Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (Leitlinienprogramm Onkologie von AWMF, DKG und DKH).
- (USA), A. (2020). AAOS Appropriate Use Criteria for the Early Screening for Psychosocial Risk and Protective Factors.
- (USA), A. (2019). AAOS/METRC Clinical Practice Guideline for the Evaluation of Psychosocial Factors Influencing Recovery From Adult Orthopaedic Trauma.
- (DE), A. (2020). Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. S3-LL (GPOH).

NICE

Er werden 33 mogelijk relevante richtlijnen gevonden. Uiteindelijk voldeed één richtlijn.

ICF

Alle 23 hits werden geëxcludeerd, deze gaven geen antwoord op de uitgangsvraag.

NANDA

De werkgroep suggereerde het gebruik van het handboek voor verpleegkundige diagnoses (NANDA). Deze was relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Telefonische interviews wijkverpleegkundigen

- *Vorbereitung:*

- Deelnemers werden geworven via de snowball-methode, waarbij het netwerk van de werkgroepleden werd ingezet. Daarnaast zijn er willekeurig thuiszorgorganisaties aangeschreven.
- Er zijn een draaiboek en vragenlijst samengesteld die zijn tijdens de interviews behandeld.

- *Uitvoering van de interviews:*

- In totaal zijn er zeven interviews telefonisch afgenomen, welke gemiddeld 40 minuten duurden. De telefonisch interviews zijn afgenomen in de periode tussen 30 januari 2024 en 16 februari 2024. De deelnemers waren ofwel wijkverpleegkundige, specialistisch verpleegkundige of verpleegkundige in het ziekenhuis.

- 5
- **Introductie:** Deelnemers werden verwelkomd en op de hoogte gebracht van het doel van de interviews, de vertrouwelijkheid van hun antwoorden en de verwachte duur van het interview.
 - **Proces:** De onderzoeker stelde vragen aan de hand van de vooraf opgestelde vragenlijst, waarbij deelnemers werden aangemoedigd om vrijuit te spreken.

10

- *Resultaten:*

- Per interview is een verslaglegging in de vorm van een beknopte samenvatting gemaakt.
- De resultaten van de interviews zijn gedeeld met de werkgroepleden en geïntegreerd in de uitwerking van de uitgangsvraag.

15

Best Practices

20 We hebben twee best practices in beeld gebracht om bestaande kennis in de praktijk mee te nemen in de ontwikkeling van de handreiking. We hebben via de werkgroep, de literatuur, het IKNL en Palliaweb voorbeelden van goede praktijken geïnventariseerd. De werkgroep heeft hier, op basis van consensus, twee best practices uit geselecteerd. Op basis van een vooraf opgestelde topiclijst zijn de projectleiders/contactpersonen van deze praktijken geïnterviewd om zo goed zicht te krijgen op de best practices zelf, de faciliterende factoren en belemmerende factoren voor implementatie. De inzichten uit de interviews zijn gedeeld met de werkgroep.

25 De best practices betreffen 'Care for Cancer' en de 'POH-oncologie'.

Uitgangsvraag 3 Effectieve interventies

Review protocol

Onderwerp	
Uitgangsvragen	Wat zijn effectieve (niet-medicamenteuze) verpleegkundige interventies die buiten het ziekenhuis toegepast kunnen worden om mensen met psychosociale problemen?
Criteria voor inclusie van studies in de review	
• <i>Populatie</i>	• Oncologische patiënten (en hun naasten, zie vraag 6) met psychosociale problematiek
• <i>Interventie</i>	• Verpleegkundige interventies (bijv psycho-educatie)
• <i>Vergelijking</i>	• Gebruikelijke zorg (TAU), geen behandeling
• <i>Kritische Uitkomstmaten</i>	• Psychosociaal herstel • Kwaliteit van leven
• <i>Belangrijke Uitkomstmaten</i>	• Uitval • Functioneel herstel
• <i>Studiedesign</i>	• Richtlijnen, meta-analyses en systematische reviews van RCT's, RCT's
• <i>Minimum omvang steekproef</i>	• RCT: > 10 per arm • Exclusie van studies met >50% attrition uit een arm van de trial (tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data)
Search strategie	[termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]
Databases searched	• Medline, PsycInfo, CINAHL, Cochrane database
Data searched	• Vanaf 2010
De review strategie	De informatiespecialist voert de zoek strategie uit. Eén naar systematische reviews+richtlijnen en de ander naar individuele RCTs . Individuele RCTs worden gebruikt bij gebrek aan up-to-date (niet ouder dan 10 jaar) systematische reviews en bij voldoende tijd. De reviewer selecteert de studies in drie fases. Een eerste selectie op titel en abstract. De artikelen die op basis van deze eerste fase als match werden beschouwd, worden in een tweede full-tekst selectie beoordeeld op geschiktheid. Vanwege de brede PICO zullen maximaal 5 reviews (met meta-analyses) worden. Inclusie zal worden afgewogen op basis van kwaliteit en recentheid maar het meest belangrijk is dat de review een groot gedeelte van de populatie en voor verpleegkundige toepasbare interventies dekken, rekening houdend met aanbevelingen uit andere richtlijnen die al een gedeelte van de interventies/populatie dekken Een meta-analyse wordt alleen geupdate met RCTs als deze de conclusies wezenlijk zouden veranderen.

Searchstrings

- 5 Zoekacties voor verpleegkundige interventies voor oncologische patiënten van R.Deurenberg
Er is gezocht in de cochrane library, medline, psycinfo, cinahl op 13 juli 2023
Overzicht gevonden resultaten.
Afkortingen van databases
Cin= cinahl
Coc= cochrane library
10 Med= medline
Psy= psycinfo
SR= systematic reviews

Naam file	aantal
cin 20230713 nursing en psychosocial	90
cin 20230713 psychosocial en education	18
Coc trials	30
med SR na 2010 verpleegkundige psychosocial interventies oncologie SR.txt	287
med 20230713 cbt etc	15
med guidelines na 2010	9
med kanker nazorg	6
psy 20230713 guidelines	13
psy 20230713 cbt psychosocial etc	5
psy 20230713 kanker nazorg	13
psy 20230713 SRs	121

Cochrane

5 Search Name: MO Eva 20230713 psychosocial nursing interventions
Date Run: 13/07/2023 15:03:21
Comment:

10 ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees and with qualifier(s): [nursing - NU, psychology - PX, rehabilitation - RH] 4920
#2 (cancer* or neoplasm* or carcinoma* or malignan* or tumo#r):ti 147674
#3 MeSH descriptor: [Cancer Survivors] explode all trees 798
#4 #1 OR #2 or #3 148878
#5 (psychotherapeutic NEXT interventi*):ti 61
15 #6 MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees 33417
#7 psychoeducat*:ti 1547
#8 psychosocial*:ti 3300
#9 #5 or #6 or #7 or #8 37464
#10 #4 and #9 2097
20 #11 nursing:ti 8465
#12 MeSH descriptor: [Evidence-Based Practice] explode all trees 3540
#13 MeSH descriptor: [Nursing] this term only 536
#14 #11 or #12 or #13 12365
#15 #10 and #14 30
25 30 refs in CCTR = cochrane trials

Medline op 11 juli 2023

30 Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 12, 2023>
Search Strategy:

1 "psychosociale problemen oncologie".ti. (0)
2 advanced practice nursing/ or oncology nursing/ (10415)
35 3 Psychosocial Intervention/ (933)
4 (psychosocial adj3 (interv* or nursi*)):ti,kw. (2124)
5 2 and 3 (0)
6 4 or 5 (2124)= psychosocial nursing interventions
7 exp Psycho-Oncology/ (243)
40 8 (cancer* or neoplasm? or metasta* or tumo?r? or malignanc*):ti,kw. (2012265)
9 exp Neoplasms/nu [Nursing] (13365)
10 **6 and (7 or 8 or 9) (343)= psychosocial nursing interventions + oncologic patients**
11 "filter medline systematic reviews".ti. (0)
45 12 meta analysis.pt. (183828)
13 (meta-anal\$ or metaanal\$).tw,kf. (276244)

- 14 (systematic\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (325756)
 15 (quantitativ\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (13475)
 16 (methodologic\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw,kf. (16264)
 17 medline.tw. and review.pt. (100900)
 5 18 (pooled adj3 analy*).tw,kf. (29035)
 19 "cochrane\$".fc_jour. (16320)
 20 or/12-19 (534090)
- 21 10 and 20 (110)
 10 22 from 21 keep 9,21-22,25,31,33,38-39,41,44,46-47,49,51-52,55-56,61-62,64,66,72-74,76-79,81,92,97 (31)
 23 (psycho adj1 educat*).ti. (373)
 24 guidelin*.ti,kw. (99868)
 25 exp Practice Guideline/ (30508)
 26 24 or 25 (116855)
 15 27 *Adaptation, Psychological/ (45865)
 28 social behavior/ or social isolation/ (73133)
 29 nursing.fs. (137434)
 30 (27 or 28) and 29 (3275)
 31 26 and 30 (1)
 20 32 3 or 4 or 27 or 28 (120226)
 33 29 or 32 (254266)
 34 33 and (7 or 8 or 9) (18638)
 35 26 and 34 (133)
 36 35 (133)
 25 37 limit 36 to yr="2010 -Current" (45)
 38 20 and 34 (532)
 39 Social Adjustment/ (23667)
 40 exp Adaptation, Psychological/ (139752)
 41 39 or 40 (158500)
 30 42 coping.ti,kw. (22663)
 43 (adaptive adj2 (behav* or skil* or strateg*)).ti,kw. (1658)
 44 **39 or 40 or 42 or 43 (165890)**
 45 **28 or 44 (233593)=factoren**
 46 ed.fs. (300647)
 35 47 45 and 46 (5515)
 48 7 or 8 or 9 (2018701)
 49 47 and 48 (242)
 50 trial?.tw. (1305770)
 51 49 and 50 (42)
 40 52 exp Cognitive Behavioral Therapy/ (36514)
 53 (cbt or (cognitive adj2 behav* adj2 thera*)).ti,kw. (10088)
 54 **52 or 53 (38897)=CBT**
 55 **6 and 54 (253)= psychosocial nursing interventions + cbt**
 56 **55 and (7 or 8 or 9) (33)= psychosocial nursing interventions + cbt + oncologie**

45

Database: APA PsycInfo <1806 to July Week 1 2023>
 Search Strategy:

- 50 1 (cancer adj2 aftercare adj2 guid*).tw. (4)
 2 (aftercare or survivor*).id. (17038)
 3 (cancer or oncolog*).id. (51459)
 4 2 and 3 (5114)
 5 nursing/ or nursing education/ (32283)
 55 6 4 and 5 (47)
 7 ((Long-term adj2 cancer adj2 survivor*) or cancer survivor? or (Cancer adj2 post?treatment) or Cancer
 posttreatmen*).tw. (7065)
 8 survivors/ (17400)
 9 from 6 keep 2,6 (2)

10 exp Oncology/ (5727)
 11 exp Neoplasms/ (61043)
 12 8 and (10 or 11) (6136)
 13 7 or 12 (8237)
 5 14 exp Nursing/ (26945)
 15 intervention/ (87498)
 16 14 and 15 (1238)
 17 psychosocial rehabilitation/ or exp rehabilitation/ (55642)
 18 12 and 14 and 17 (1)
 10 19 12 and 16 (5)
 20 exp coping behavior/ or exp emotional adjustment/ (75404)
 21 from 19 keep 1-5 (5)
 22 client education/ or psychoeducation/ (9980)
 23 1 or 2 or 3 or 8 or 10 or 11 (82709)
 15 24 14 or 17 or 20 or 22 (165135)
 25 **25 23 and 24 (8397)= P oncologie + factoren als nursing of rehabilitatie of coping of educatie**
 26 nurs*.tw,id. (119695)
 27 14 or 26 (120029)= accent op nursing
 20 **28 25 and 27 (1531)=**
 29 "psycinfo SR filer".ti. (0)
 30 (meta-anal* or metaanal*).tw. (51377)
 31 (quantitativ* adj5 (review* or overview*)).tw. (3277)
 32 (quantitativ* adj5 (review* or overview*)).id. (79)
 33 (systematic* adj5 (review* or overview*)).tw,id. (54130)
 25 34 (methodolo* adj5 (review* or overview*)).tw,id. (8379)
 35 ((medline or cochrane) adj5 (review* or overview*)).tw,id. (3690)
 36 (literature adj5 (overview or review)).tw,id. (93723)
 37 (synthes* adj3 (literature* or research or studies or data)).tw,id. (12531)
 38 (pooled adj5 analys*).tw,id. (3112)
 30 39 (data adj2 pool*).tw,id. (2850)
 40 ((hand or manual* or database* or computer* or electronic*) adj2 search*).tw,id. (15494)
 41 "literature review"/ or meta analysis/ (28174)
 42 "systematic review"/ (792)
 43 or/30-42 (190291)
 35 **44 28 and 43 (155)= P oncologie + factoren als nursing of rehabilitatie of coping of educatie + SR**
 45 44 (155)
 46 limit 45 to yr="2010 -Current" (121)
 47 exp treatment guidelines/ (9267)
 48 from 46 keep 1-121 (121)
 40 **49 28 and 47 (15)=**
 50 49 (15)
 51 **limit 50 to yr="2010 -Current" (13)= P oncologie + factoren als nursing of rehabilitatie of coping of educatie + guidelines**
 45

#	Query	Results
S13	S2 AND S11 AND S12	18 extra
S12	TI (nursing N2 interve*) OR AB (nursing N2 interve*)	12,563
S11	(MH "Coping+") OR TI coping OR AB coping	66,332
S10	(MH "Coping+")	42,883
S9	S7 AND S8	3,525
S8	S1 OR S2	24,211
S7	(MH "Psychosocial Aspects of Illness+") OR (MH "Support, Psychosocial+")	313,957
S6	(TI nursing OR AB nursing) AND (S2 AND S3 AND S4)	92 search
S5	(TI nursing OR AB nursing) AND (S2 AND S3 AND S4)	147
S4	TI nursing OR AB nursing	330,506
S3	TI psychosocial OR AB psychosocial	61,016
S2	TI Cancer N2 survivor* OR Cancer N2 survivor* OR TI Cancer posttreatment OR AB Cancer posttreatment	24,211
S1	TI Longterm N2 cancer N2 survivor* OR AB Longterm N2 cancer N2 survivor*	5

5

AMSTAR 2 Results

[Printer Friendly Version](#)

Article Name:

You are currently logged on as Guest. You need to be logged on as a member to submit your score.

[Log](#)

[On](#)

Zweers2016 is a Low quality review

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?

Yes

Yes

Yes

Yes

2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?

YesYesYesYesYesYes

3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review? Yes
Yes

4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy? Partial Yes
Yes
Yes
Yes

5. Did the review authors perform study selection in duplicate? No

6. Did the review authors perform data extraction in duplicate? Yes

7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions? No

8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail? Yes
Yes
Yes
Yes
Yes
Yes
Yes
Yes
Yes
Yes

9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?

RCT Yes

NRSI

Yes
Yes

10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review? No

11. If meta-analysis was performed did the review authors use

appropriate methods for statistical combination of results?

RCT

0

NRSI

0

12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?

13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?

16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?

To cite this tool: Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017 Sep 21;358:j4008.

AMSTAR 2 Results

Printer Friendly Version

Article Name:

You are currently logged on as Guest. You need to be logged on as a member to submit your score.

[Log](#)

[On](#)

Tuominen2018 is a Low quality review

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?

Yes

Yes

Yes

Yes

2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol? Partial
Yes Yes Yes Yes Yes Yes

3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review? Yes

4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy? Partial Yes Yes

Yes

Yes

5. Did the review authors perform study selection in duplicate? Yes
Yes

6. Did the review authors perform data extraction in duplicate? Yes
Yes

7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions? No

8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail? Yes

Yes

Yes

Yes

Yes

Yes

Yes

Yes

Yes

Yes

9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?

RCT

Partial Yes

NRSI

0

10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?

Yes

11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?

RCT

Yes

NRSI

Yes

Yes

Yes

12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?

No

13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?

Yes

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?

Yes

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?

Yes

16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?

Yes

To cite this tool: Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017 Sep 21;358:j4008.

Literatuurselectie

5 Vanuit de richtlijnen komt vooral informatie over benaderingswijze van patiënten maar weinig concrete informatie over (effecten van) specifieke interventies die kunnen worden toegepast door verpleegkundigen en verzorgenden.

De literatuursearch is gedaan in de cochrane libray, medline, psycinfo, cinahl op 13 juli 2023. In totaal waren er 909 artikelen bij de eerste selectie (zonder duplicates), waarvan er vervolgens 34 artikelen zijn geïnccludeerd bij de eerste selectie op basis van titel + abstract. Na de full tekst selectie bleven er vier reviews (Hussain2020; 10 Zweers2016; Soon-Rim Suh2017; Tuominen2018;) over. Hussain2020 is bij nader inzien alsnog geëxcludeerd omdat de onderzochte interventies zijn uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen in een ziekenhuis. De drie geïnccludeerde reviews bevatten interventies die toepasbaar lijken in de wijk en dekken een breedspectrum aan interventies.

15 Vanuit de richtlijnen komt vooral informatie over benaderingswijze van patiënten maar weinig concrete informatie over (effecten van) specifieke interventies die kunnen worden toegepast door verpleegkundigen en verzorgenden.

Best practices

20 We hebben twee best practices in beeld gebracht om bestaande kennis in de praktijk mee te nemen in de ontwikkeling van de handreiking. We hebben via de werkgroep, de literatuur, het IKNL en Palliaweb voorbeelden van goede praktijken geïncventariseerd. De werkgroep heeft hier, op basis van consensus, twee best practices uit geselecteerd. Op basis van een vooraf opgestelde topiclijst zijn de projectleiders/contactpersonen van deze praktijken geïnterviewd om zo goed zicht 25 te krijgen op de best practices zelf, de faciliterende factoren en belemmerende factoren voor implementatie. De inzichten uit de interviews zijn gedeeld met de werkgroep.

De best practices betreffen 'Care for Cancer' en de 'POH-oncologie'.

Telefonische interviews wijkverpleegkundigen

30

- *Vorbereiding:*

- Deelnemers werden geworven via de snowball-methode, waarbij het netwerk van de werkgroepleden werd ingezet. Daarnaast zijn er willekeurig thuiszorgorganisaties aangeschreven.
- 35 • Er zijn een draaiboek en vragenlijst samengesteld die zijn tijdens de interviews behandeld.

- *Uitvoering van de interviews:*

- 40 • In totaal zijn er zeven interviews telefonisch afgenomen, welke gemiddeld 40 minuten duurden. De telefonisch interviews hebben plaatsgevonden in de periode tussen 30 januari 2024 en 16 februari 2024. De deelnemers waren ofwel wijkverpleegkundige, specialistisch verpleegkundige of verpleegkundige in het ziekenhuis.

5

- **Introductie:** Deelnemers werden verwelkomd en op de hoogte gebracht van het doel van de interviews, de vertrouwelijkheid van hun antwoorden en de verwachte duur van het interview.
- **Proces:** De onderzoeker stelde vragen aan de hand van de vooraf opgestelde vragenlijst, waarbij deelnemers werden aangemoedigd om vrijuit te spreken.

10

- *Resultaten:*

- Per interview is een verslaglegging in de vorm van een beknopte samenvatting gemaakt.
- De resultaten van de interviews zijn gedeeld met de werkgroepleden en geïntegreerd in de uitwerking van de uitgangsvraag.

15

COMMENTAARFASE

Uitgangsvraag 5 verwijzen en consulteren

Uitwerking uitgangsvraag	
Uitgangsvraag 5	Bij welke criteria verwijst/consulteer je naar een andere zorgprofessionals (zoals de (POH-)GGZ, het algemeen- en medisch maatschappelijk werk, geestelijk- of kerkelijke ondersteuners en psychosociale zorgverleners in de ziekenhuizen en/of de eerste lijn)?
Methode	We voeren een focusgroep uit om op basis van de bij uitgangsvraag 4 gevonden ernstmetingen reden geven om te verwijzen of te consulteren.

Online focusgroepen

- *Vorbereiding:*
 - Deelnemers werden geworven via de snowball-methode, waarbij het netwerk van de werkgroepleden, oproepen via sociale media en directe benadering van organisaties zoals huisartspraktijken, inloophuizen etc. werden ingezet.
 - Een gestructureerde discussiegids werd ontwikkeld met vragen en onderwerpen om te behandelen tijdens de focusgroepen.
- *Uitvoering van de focusgroepen:*
 - De focusgroepen hebben online via Teams plaatsgevonden en duurden 1,5 uur. De focusgroepen zijn op twee momenten gehouden, waarbij op 29 februari vijf en op 5 maart zes deelnemers aanwezig waren. De deelnemers hebben na afloop een vergoeding ontvangen. De volgende disciplines waren vertegenwoordigd: wijkverpleegkundigen, specialistisch verpleegkundigen, huisartsen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers en vrijwilliger in de informele zorg.
 - Audio-opname: De focusgroepen werden opgenomen met toestemming van de deelnemers.
 - Introductie: Deelnemers werden verwelkomd en op de hoogte gebracht van het doel van de focusgroepen, de vertrouwelijkheid van hun antwoorden en de verwachte duur van de sessie.
 - Discussiebegeleiding: De moderator leidde de discussie aan de hand van de vooraf opgestelde discussiegids, waarbij deelnemers werden aangemoedigd om vrijuit te spreken.
 - Actieve betrokkenheid: Alle deelnemers werden aangemoedigd om hun perspectieven te delen en te reageren op elkaars opmerkingen.
- *Resultaten:*
 - De belangrijkste inzichten en thema's zijn geïdentificeerd en samengevat.
 - De resultaten van de focusgroepen zijn gedeeld met de werkgroepleden en geïntegreerd in de uitwerking van de uitgangsvraag.

Telefonische interviews

Naast de twee focusgroepen hebben we 7 wijkverpleegkundigen telefonisch geïnterviewd. Hierbij is, onder andere, deze uitgangsvraag besproken.

- 5
- *Vorbereiding:*
 - Deelnemers werden geworven via de snowball-methode, waarbij het netwerk van de werkgroepleden werd ingezet. Daarnaast zijn er willekeurig thuiszorgorganisaties aangeschreven.
 - Er zijn een draaiboek en vragenlijst samengesteld die zijn tijdens de interviews zijn behandeld.
- 10
- *Uitvoering van de interviews:*
 - In totaal zijn er zeven interviews telefonisch afgenomen, welke gemiddeld 40 minuten duurden. De telefonisch interviews hebben plaatsgevonden in de periode tussen 30 januari 2024 en 16 februari 2024. De deelnemers waren ofwel wijkverpleegkundige, specialistisch verpleegkundige of verpleegkundige in het ziekenhuis.
 - Introductie: Deelnemers werden verwelkomd en op de hoogte gebracht van het doel van de interviews, de vertrouwelijkheid van hun antwoorden en de verwachte duur van het interview.
 - Proces: De onderzoeker stelde vragen aan de hand van de vooraf opgestelde vragenlijst, waarbij deelnemers werden aangemoedigd om vrijuit te spreken.
- 15
- 20
- 25
- *Resultaten:*
 - Per interview is een verslaglegging in de vorm van een beknopte samenvatting gemaakt.
 - De resultaten van de interviews zijn gedeeld met de werkgroepleden en geïntegreerd in de aanbevelingen van de handreiking.
- 30

Best Practices

We hebben twee best practices in beeld gebracht om bestaande kennis in de praktijk mee te nemen in de ontwikkeling van de handreiking. We hebben via de werkgroep, de literatuur, het IKNL en Palliaweb voorbeelden van goede praktijken geïnterviewd. De werkgroep heeft hier, op basis van consensus, twee best practices uit geselecteerd. Op basis van een vooraf opgestelde topiclijst zijn de projectleiders/contactpersonen van deze praktijken geïnterviewd om zo goed zicht te krijgen op de best practices zelf, de faciliterende factoren en belemmerende factoren voor implementatie. De inzichten uit de interviews zijn gedeeld met de werkgroep. De best practices betreffen 'Care for Cancer' en de 'POH-oncologie'.

35

40

5 Bijlage 8

Juridische betekenis

10 De handreiking bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt/ cliënt van de handreiking wordt afgeweken. Wanneer van de handreiking wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de handreiking in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

COMMENTAAR

5 Bijlage 9

Implementatie

Gedurende het hele proces van de ontwikkeling van de handreiking is er aandacht geweest voor implementatie. De aandachtspunten voor de implementatie staan waar mogelijk bij de overwegingen en aanbevelingen beschreven.

10

Om de aanbevelingen die in deze handreiking gegeven worden in de praktijk te laten landen is er een aantal aandachtspunten voor scholing en zorgorganisatie geformuleerd. Deze luiden:

15

- We adviseren dat zorgverleners worden geschoold op het gebied van gesprekstechnieken om psychosociale problemen op tijd te signaleren.
- We adviseren om in de bestaande opleidingen aandacht te besteden aan het signaleren van psychologische problemen.
- We adviseren dat wijkzorg wordt aangevuld met informele zorg zoals lotgenotencontact, inloophuizen of geestelijke verzorging thuis.
- We adviseren dat de zorg over het algemeen wordt georganiseerd in overleg met de huisarts.
- We adviseren dat de (wijk)verpleegkundige de tijd krijgt om een goed gesprek te voeren over mentale welzijn van een cliënt. Een belangrijk deel van de psychosociale zorg wordt daarmee geboden.

20

25

In de interviews met 7 wijkverpleegkundigen is gevraagd naar de toepasbaarheid van de handreiking en hoe deze te vergroten. Uit deze interviews kwamen de volgende bevindingen ten aanzien van de implementatie naar voor:

30

- Handreiking is gericht op de mensen die uitvoeren. Geef aan: “Minimaal dit, maar kijk zelf verder. Biedt de mensen die wat meer zelf verder willen denken een rugzakje met gereedschap (E-health, vragenlijsten) waar ze uit kunnen putten.”
- Maak het praktisch: “Print hier je zakkaartje” en “print hier de vragenlijst”. Voeg linkjes naar de instrumenten en relevante websites toe.

35

- Meeste mensen willen liever niet lezen. Maak bijv. korte video's. Link de aanbevelingen aan de praktijk, geef voorbeelden. Spreekt meer tot de verbeelding en blijft beter hangen.

40

Ter bevordering van de implementatie is een samenvatting ontwikkeld ter ondersteuning van de handreiking waarop de aanbevelingen overzichtelijk en handzaam zijn gepresenteerd. Tevens is een versie voor cliënten en hun naasten ontwikkeld.

5 Bijlage 10

Onderwerpen voor verder onderzoek

10 Tijdens de ontwikkeling van deze handreiking is, behalve bij uitgangsvraag 3, niet systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die een antwoord kunnen geven op de uitgangsvragen. Daarom is het moeilijk om uitspraak te doen welke lacunes zich op het terrein van psychosociale problematiek bij mensen met kanker voordoen. Over het algemeen is wel op te merken dat er weinig evidentie is voor het handelen van wijkverpleegkundigen en verzorgenden op het gebied van psychosociale zorg en ondersteuning van mensen met kanker.

- 15
- Het model van Positieve Gezondheid van Huber en de bijbehorende instrumenten zijn nog onvoldoende onderzocht en gevalideerd.

20

COMMENTAAR

5 Bijlage 11

Literatuurlijst

- Herdman, T.H.; Kamitsuru, S.; Takáo Lopez, C. (Ed.). (2021). NANDA International: Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2021-2023. Bohn Stafleu van Loghum.
- 10 Jones, D., Duffy, M. E., Flanagan, J., & Foster, F. (2012). Psychometric evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 140-145. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01224.x>
- 15 Nederlandse Vereniging voor Psychosociale, O. (2017). Detecteren behoefte psychosociale zorg. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/detecteren_behoefte_psychosociale_zorg/algemeen.html
- Chen YY, Guan BS, Li ZK, Li XY. (2017). Effect of telehealth intervention on breast cancer patients' quality of life and psychological outcomes: A meta-analysis. *J Telemed Telecare*, 24(3), 157-167. doi: 10.1177/1357633X16686777.
- 20 Bártolo, A., Pacheco, E., Rodrigues, F., Pereira, A., Monteiro, S. & Santos, I.M. (2019). Effectiveness of psycho-educational interventions with telecommunication technologies on emotional distress and quality of life of adult cancer patients: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 41(8), 870-878. doi: 10.1080/09638288.2017.1411534.
- 25 Wang, Y., Lin, Y., Chen, J., Wang, C., Hu, R. & Wu, Y. (2020). Effects of Internet-based psycho-educational interventions on mental health and quality of life among cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 28(6), 2541-2552, doi: 10.1007/s00520-020-05383-3.
- 30 Gitonga, I., Desmond, D., Duda, N. & Maguire, R. (2022). Impact of connected health interventions on psychological wellbeing and quality of life in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 31(10), 1621-1636, doi:

10.1002/pon.6019.

- Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja & R., Leino-Kilpi, H. (2019). Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *J Clin Nurs.* 28, 2401-2419, <https://doi.org/10.1111/jocn.14762>
- 5 Zweers, D., de Graaf, E. & Teunissen, SC. (2016). Non-pharmacological nurse-led interventions to manage anxiety in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *Int J Nurs Stud.* 56,102-13, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.022.
- 10 Soon-Rim, Suh. & Myung, Kyung Lee.(2017). Effects of Nurse-Led Telephone-Based Supportive Interventions for Patients With Cancer: A Meta-Analysis. *ONCOLOGY NURSING FORUM.* 44(4), doi:10.1188/17.ONF.E168-E184.
- Hussain Rawther, S.C., Pai, M.S., Fernandes, D.J., Mathew, S., Chakrabarty, J. & Devi, E.S. (2020). Specialist nurse initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs.* 29, 2161-2180, <https://doi.org/10.1111/jocn.15268>
- 15 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015). Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen, Den Haag
- Integraal Kankercentrum Nederland IKNL. (2022). Richtlijn Rouw in de palliatieve fase. [Rouw - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](https://www.palliaweb.nl/richtlijnen/rouw)
- 20 Integraal Kankercentrum Nederland IKNL. (2022). Richtlijn Depressie in de palliatieve fase [Depressie - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](https://www.palliaweb.nl/richtlijnen/depressie)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2020) Handreiking palliatieve zorg thuis. [Handreiking Palliatieve Zorg Thuis | V&VN \(venvn.nl\)](https://www.venvn.nl/handreiking-palliatieve-zorg-thuis)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2022). Handreiking Veranderende seksuele gezondheid. [Richtlijn Veranderende seksuele gezondheid | V&VN \(venvn.nl\)](https://www.venvn.nl/handreiking-veranderende-seksuele-gezondheid)
- 25 VWS-werkgroep Psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening (kwaliteitsstandaard 2019 van de WPZisa)
- Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer - The Manual' NICE2019