

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

Richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase

Conceptversie 2 juli 2018

Datum goedkeuring: volgt

Methodiek: Evidence-based (GRADE) en consensus-based

Verantwoording: Richtlijnwerkgroep Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase (IKNL)

Versie: 1.0

Type: Landelijke richtlijn

29 INHOUDSOPGAVE

30			
31	1	INLEIDING	4
32	1.1	Historie en herziening richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase	4
33	1.2	Begripsbepaling	7
34	1.3	Voorkomen	8
35	1.4	Oorzaken	9
36	2	DIAGNOSTIEK	11
37	2.1	Screening en meetinstrumenten.....	11
38	2.2	Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek.....	13
39	3.	INTEGRALE BENADERING	17
40	3.1	Voorlichting en psycho-educatie.....	17
41	3.2.	Ondersteunende zorg	21
42	3.3	Continuïteit en organisatie van zorg	23
43	4.	BELEID EN BEHANDELING	25
44	4.1	Behandeling van de oorzaak.....	25
45	4.2	Niet-medicamenteuze behandeling	29
46	4.2.1	Psychosociale interventies.....	29
47	4.2.2	Beweging en lichamelijke activiteit.....	35
48	4.3	Medicamenteuze behandeling	42
49	4.3.1	Corticosteroïden.....	42
50	4.3.2	Psychostimulantia.....	47
51	4.3.3	Antidepressiva.....	52
52	5.	SAMENVATTING	55
53	Bijlage 1	Geldigheid.....	58
54	Bijlage 2	Algemene gegevens	59
55	Bijlage 3	Samenstelling werkgroep.....	60
56	Bijlage 4	Belangenverklaringen	61
57	Bijlage 5	Inbreng patiëntenperspectief.....	62
58	Bijlage 6	Knelpunteninventarisatie	63
59	Bijlage 7	Uitgangsvragen.....	64
60	Bijlage 8	Zoekverantwoording.....	66
61	Bijlage 9	Evidence tabellen.....	89
62	Bijlage10	Methode ontwikkeling.....	146
63	Bijlage 11	Implementatie	150

64	Bijlage 12 Evaluatie.....	151
65	Bijlage 13 Kennishiaten.....	152
66	Bijlage 14 Afkortingen.....	154
67		
68		

CONCEPT

69 1 INLEIDING

70 1.1 Historie en herziening richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve 71 fase

72

73 Aanleiding

74 De eerste versie van de richtlijn Vermoeidheid bij kanker werd in 2006 geschreven en opgenomen in de
75 eerste druk van het richtlijnenboek van de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC). De tweede
76 versie, toen genaamd Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase, werd in 2010 geschreven. De
77 richtlijn behoort tot een van de meest gebruikte richtlijnen voor de palliatieve zorg die zijn gepubliceerd
78 op Pallialine. Dat is niet vreemd. Vermoeidheid is immers een klacht waarvan vrijwel alle patiënten met
79 kanker in de palliatieve fase van de ziekte in meer of mindere mate last hebben. Van alle klachten die
80 patiënten in deze fase aangeven behoort vermoeidheid niet alleen tot de meest voorkomende; het is
81 ook het symptoom dat de grootste invloed heeft op het dagelijks functioneren van patiënten thuis, op
82 het werk en in relaties met vrienden en bekenden. In de praktijk wordt vermoeidheid echter toch niet
83 altijd herkend en erkend. Daarbij is het niet altijd gemakkelijk om patiënten goed te adviseren, omdat
84 hulpverleners ook ervaren dat vermoeidheid moeilijk weg te nemen is. Juist omdat vermoeidheid door
85 veel verschillende factoren kan worden beïnvloed, is een systematische en multidisciplinaire benadering
86 van bijdragende factoren en mogelijke interventies aangewezen om de vermoeidheid te verminderen
87 dan wel beter met de vermoeidheid om te gaan.

88 Bij het schrijven van de richtlijn in 2010 was er nog weinig literatuur voorhanden die zich specifiek
89 richtte op patiënten met kanker voor wie genezing niet meer mogelijk is. Veel werd toen geëxtrapoleerd
90 uit studies die verricht waren bij patiënten die met curatieve intentie waren behandeld. Sindsdien zijn er
91 nieuwe studies verricht, ook bij patiënten met kanker in de palliatieve fase van het ziektebeloop. In 2015
92 heeft het platform PAZORI (Palliatieve Zorg Richtlijnen) dan ook geadviseerd prioriteit te geven aan de
93 revisie van de richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase. PAZORI bestaat uit
94 gemandateerde leden van diverse beroeps-, wetenschappelijke- en patiëntenverenigingen. Het platform
95 adviseert IKNL bij richtlijnontwikkeling, -implementatie en -evaluatie. PAZORI signaleert knelpunten,
96 prioriteert richtlijnonderwerpen, stimuleert verbetering van richtlijnmethodiek en de integratie van
97 palliatieve zorg in tumorspecifieke richtlijnen.

98 In maart 2017 is voor de huidige revisie een nieuwe werkgroep samengesteld, waarvoor mandaat is
99 verkregen bij de relevante wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen (zie [bijlage 2](#) en zie
100 [bijlage 3](#)).

101 De huidige versie werd door de werkgroep vastgesteld op xx-xx-xxxx en ter autorisatie aangeboden op
102 xx-xx-xxxx.

103

104 Doel

105 Een richtlijn is een aanbeveling ter ondersteuning van de belangrijkste knelpunten uit de dagelijkse
106 praktijk. Deze richtlijn is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en consensus. De
107 richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase geeft aanbevelingen over begeleiding en
108 behandeling van patiënten met kanker tijdens de verschillende stadia van de palliatieve fase en beoogt
109 hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

110

111 Doelpopulatie

112 De richtlijn is van toepassing op alle volwassen patiënten (18 jaar en ouder) met vermoeidheid bij
113 kanker in de palliatieve fase.

114 Doelgroep

115 Deze richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met
116 vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase zoals huisartsen, medisch specialisten (o.a. internist-
117 oncologen, radiotherapeuten, revalidatieartsen), apothekers, verpleegkundigen, verpleegkundig
118 specialisten, physician assistants, praktijkondersteuners huisarts, diëtisten, ergotherapeuten,

119 fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers en andere bij de patiënt
120 betrokken professionals.

121

122 Werkwijze werkgroep

123 De richtlijnwerkgroep is in maart 2017 voor het eerst bijeen geweest. Op basis van een eerste
124 inventarisatie van de knelpunten door de werkgroepleden is, door middel van een enquête onder
125 professionals en patiënten(vertegenwoordigers) een knelpunteninventarisatie gehouden. Na het
126 versturen van de enquête hebben 242 professionals en 54 patiënten gereageerd en knelpunten
127 geprioriteerd en/of ingebracht. De meest relevante knelpunten (zie [bijlage 6](#)) zijn uitgewerkt tot
128 uitgangsvragen (zie [bijlage 7](#)).

129 Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenenquête en overwegingen van de werkgroep zijn de
130 volgende onderwerpen uitgewerkt volgens de evidence based methodiek GRADE:

- 131 • psycho-educatie;
- 132 • niet-medicamenteuze behandeling: psychosociale interventies en beweging en lichamelijke activiteit
- 133 • medicamenteuze behandeling: corticosteroïden, psychostimulantia en antidepressiva;

134 Voor iedere uitgangsvraag werd uit de richtlijnwerkgroep een subgroep geformeerd. Bij de
135 beantwoording van deze uitgangsvragen verzorgde een externe methodoloog het literatuuronderzoek.
136 Dit betrof het uitvoeren van een systematische literatuursearch, het kritisch beoordelen van de literatuur
137 en het verwerken van de literatuur in evidence tabellen. Daarnaast werd door de methodoloog een
138 concept literatuurbespreking met bijbehorende conclusies aangeleverd voor deze uitgangsvragen.
139 Vervolgens pasten de subwerkgroepleden, na interne discussie met de methodoloog, de concept
140 literatuurbespreking en conclusies aan en stelden overwegingen en aanbevelingen op. Er was budget
141 om vijf uitgangsvragen met nieuw literatuuronderzoek uit te werken. Omdat er net een Cochrane review
142 beschikbaar was gekomen van Poort (2017) voor het onderwerp psychosociale interventies, is hiervan
143 gebruik gemaakt en is hiervoor geen nieuw literatuuronderzoek verricht.

144 De overige relevante onderwerpen uit de vorige versie van de richtlijn zijn consensus based
145 herschreven. De werkgroepleden raadpleegden de door hen zelf verzamelde relevante literatuur. Op
146 basis hiervan hebben de werkgroepleden overige overwegingen en aanbevelingen opgesteld.

147

148 De werkgroep heeft gedurende negen maanden gewerkt aan de tekst van de conceptringlijn. Relevante
149 delen van de tekst zijn voorgelegd aan patiëntvertegenwoordigers die deelnemen namens de
150 Borstkankervereniging Nederland en de Prostaatkankerstichting. Daarnaast zijn de teksten voorgelegd
151 aan de klankbordleden namens de Beroepsvereniging Maatschappelijk Werk, de Landelijk Werkgroep
152 Diëtisten Oncologie en Ergotherapie Nederland. Alle teksten zijn tijdens plenaire vergaderingen
153 besproken en na verwerking van de commentaren door de werkgroep geaccordeerd. De conceptringlijn
154 is op [datum] ter becommentariëring aangeboden aan alle voor de knelpuntenanalyse benaderde
155 wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen. Het commentaar geeft input vanuit het veld om
156 de kwaliteit en de toepasbaarheid van de conceptringlijn te optimaliseren en landelijk draagvlak voor de
157 richtlijn te genereren. Alle commentaren werden vervolgens beoordeeld en verwerkt door de
158 richtlijnwerkgroep. Aan de commentatoren is teruggekoppeld wat met de reacties is gedaan.
159 De richtlijn is inhoudelijk vastgesteld op [datum]. Ten slotte is de richtlijn ter autorisatie/accordering
160 gestuurd naar de betrokken verenigingen/instanties (zie [bijlage 2](#), autoriserende verenigingen).

- 161 **Bijlagen:**
- 162 - Geldigheid ([bijlage 1](#))
 - 163 - Algemene gegevens ([bijlage 2](#))
 - 164 - Samenstelling werkgroep ([bijlage 3](#))
 - 165 - Belangenverklaringen ([bijlage 4](#))
 - 166 - Inbreng patiëntenperspectief ([bijlage 5](#))
 - 167 - Knelpunteninventarisatie ([bijlage 6](#))
 - 168 - Uitgangsvragen ([bijlage 7](#))
 - 169 - Zoekverantwoording ([bijlage 8](#))
 - 170 - Evidencetabellen ([bijlage 9](#))
 - 171 - Methode ontwikkeling ([bijlage 10](#))
 - 172 - Implementatie ([bijlage 11](#))
 - 173 - Evaluatie ([bijlage 12](#))
 - 174 - Kennishiaten ([bijlage 13](#))
 - 175 - Afkortingen ([bijlage 14](#))

176 1.2 Begripsbepaling

177

178 **Vermoeidheid bij kanker** is een onaangenaam, aanhoudend, subjectief gevoel van lichamelijke,
179 emotionele en/of cognitieve uitputting gerelateerd aan kanker of aan de behandeling ervan; dat
180 interfereert met het dagelijks functioneren; de intensiteit is niet gerelateerd aan verrichtte inspanning
181 [NCCN 2017]. Vermoeidheid bij kanker verschilt van normale vermoeidheid door de intensiteit, de duur
182 en de sensatie. Vermoeidheid bij kanker is heviger dan de vermoeidheid die men normaal gesproken na
183 inspanning ervaart, reageert onvoldoende op rust of slapen, en is overweldigend in die zin dat men er
184 niet overheen kan stappen.

185

186 Vermoeidheid bij kanker kent verschillende uitingsvormen c.q. dimensies:

- 187 • lichamelijke vermoeidheid (bijv. zwakte, het niet in staat zijn tot het verrichten van lichamelijke
- 188 inspanning)
- 189 • cognitieve vermoeidheid (bijv. concentratie- en geheugenstoornissen, moeite met denken,
- 190 beslissingen nemen)
- 191 • emotionele vermoeidheid (bijv. snel optredende geïrriteerdheid of emotionele labiliteit, somberheid)

192 Van deze dimensies lijken met name de lichamelijke en de cognitieve dimensie gerelateerd aan de
193 algehele vermoeidheids-beleving van patiënten met kanker in de palliatieve fase [de Raaf 2012].

194

195 Deze richtlijn is gericht op de vermoeidheid bij patiënten met kanker voor wie genezing niet meer
196 mogelijk is. Waar mogelijk wordt onderscheid gemaakt tussen de periodes van ziektegerichte-,
197 symptoomgerichte- en terminale palliatie.

198

199 Bij het beantwoorden van de uitgangsvragen wordt het effect besproken op vermoeidheid, kwaliteit van
200 leven en functioneren. In de richtlijn wordt bij functioneren uitgegaan van fysiek functioneren tenzij
201 anders wordt vermeld in de inleiding bij de uitgangsvraag.

202

203 Voor begrippen opgenomen in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland verwijzen we naar de
204 [begrippenlijst](#) van het kwaliteitskader, voor afkortingen wordt verwezen naar [bijlage 14](#).

205

206 **Referenties**

- 207 1. Cancer-related fatigue. Version 2. 2017 – April 10, 2017. NCCN clinical practice guidelines in
208 oncology. NCCN.org.
- 209 2. IKNL/Palliactief 2017, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017.
- 210 3. de Raaf PJ, de Klerk C, Timman R, et al. Differences in fatigue experiences
211 between advanced cancer patients, cancer survivors and the general population. J Pain Symptom
212 Manage 2012, 44(6):823-830.

213 1.3 Voorkomen

214

215 Vermoeidheid is één van de meest voorkomende symptomen bij patiënten met kanker. Het komt voor
216 bij 40-100% van de patiënten met gemetastaseerde ziekte, afhankelijk van de wijze waarop
217 vermoeidheid gedefinieerd en gemeten is. Gemiddeld heeft 74% van de patiënten last van
218 vermoeidheid; in de laatste twee weken voor het overlijden is dit 86% [Teunissen 2007]. Vrouwen
219 lijken meer vermoeidheid aan te geven dan mannen en jongere patiënten uiten meer vermoeidheid
220 dan oudere patiënten. Het voorkomen van vermoeidheid bij ouderen wordt echter onderschat, omdat
221 zij zelf vaak denken dat de vermoeidheid gerelateerd is aan hun leeftijd. Vermoeidheid is ook het
222 symptoom met de grootste invloed op de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van
223 patiënten en hun naasten. De invloed van vermoeidheid op het dagelijks functioneren is groter dan die
224 van pijn [Hofman 2007]. Desondanks wordt vermoeidheid niet altijd herkend en besproken.
225 Vermoeidheid komt voor in alle stadia van kanker: voordat de diagnose is gesteld, rond en na de
226 primaire behandeling, zelfs na volledige genezing en bij patiënten met locoregionaal uitgebreide of
227 gemetastaseerde ziekte bij wie de behandeling palliatief van opzet is.

228

229 **Referenties**

- 230 1. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, et al. Cancer-related fatigue: the scale of the problem.
231 *Oncologist* 2007;12 Suppl 1:4-10.
- 232 2. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, et al. Symptom prevalence in patients with incurable
233 cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:94-104.

234 1.4 Oorzaken

235

236 De **ontstaanswijze** van vermoeidheid bij kanker is grotendeels onbekend. Er wordt verondersteld dat
237 de vermoeidheid primair gerelateerd is aan de onderliggende kanker via de productie van pro-
238 inflammatoire cytokinen (primaire vermoeidheid). Daarnaast dragen bijkomende lichamelijke en
239 psychosociale factoren, al dan niet gerelateerd aan de onderliggende kanker of de gebruikte
240 behandelingen daarvoor, bij aan de ervaren mate van vermoeidheid (secundaire vermoeidheid). Ook
241 deze secundaire vermoeidheid zou deels door een inflammatie-reactie kunnen ontstaan. Bij
242 verschillende soorten kanker zijn onder andere verhoogde concentraties van interleukine-6,
243 interleukine-1 receptor antagonist en neopterine gevonden. Daarnaast zijn er veranderingen in het
244 serotonine metabolisme en een ontregeling van de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as gevonden. Deze
245 veranderingen zouden eveneens door cytokinen veroorzaakt kunnen zijn [Radbruch 2008, Jager 2008].

246 Er zijn meerdere lichamelijke en psychosociale factoren die naast de onderliggende kanker bijdragen
247 aan het voorkomen en aan de ernst van de vermoeidheid bij patiënten met kanker in de palliatieve fase,
248 namelijk:

249 • tumorgeïnduceerde complicaties

250 • comorbiditeit

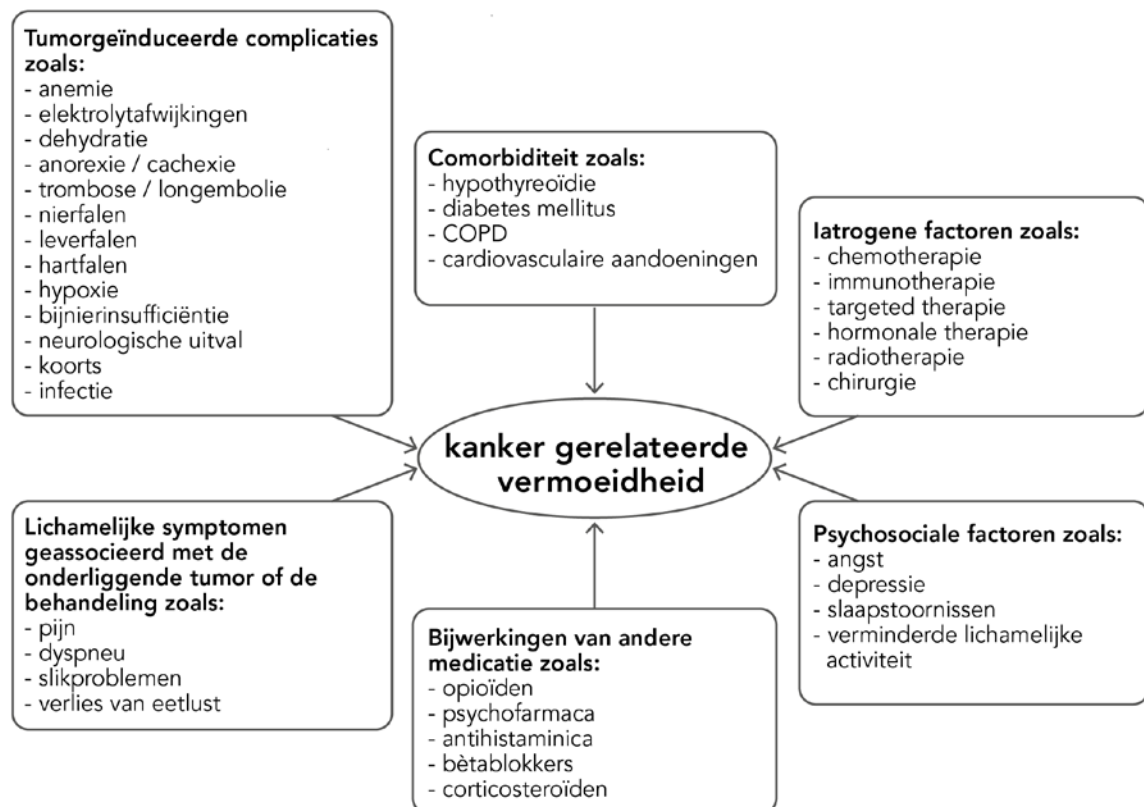
251 • iatrogene factoren

252 • bijwerkingen van andere medicatie

253 • lichamelijke symptomen geassocieerd met de onderliggende tumor of de behandeling

254 • psychosociale factoren

255 Meestal komen verschillende factoren tegelijkertijd voor. In onderstaand figuur zijn de meest
256 voorkomende factoren die bijdragen aan de vermoeidheid samengevat [Koornstra 2014].



257

258 **Figuur 1. Kanker gerelateerde vermoeidheid, bron Koornstra 2014**

259
260
261
262
263
264
265
266
267

Referenties

1. Jager A, Sleijfer S, van der Rijt CC. The pathogenesis of cancer related fatigue: could increased activity of pro-inflammatory cytokines be the common denominator? *Eur J Cancer*, 2008;44(2):175-181.
2. Koornstra RHT, Peters M, Donofrio S, et al. Management of fatigue in patients with cancer a practical approach. *Cancer Treatment Rev* 2014; 40:791-799.
3. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, et al. Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. *Palliat Med* 2008;22:13-32.

268 2 DIAGNOSTIEK

269

270 2.1 Screening en meetinstrumenten

271

272 **Uitgangsvraag**

273 *Welke strategie is zinvol voor de signalering en de meting van vermoeidheid bij patiënten met kanker in*
274 *de palliatieve fase?*

275

276 Methode: consensus-based (geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd)

277

278 **Aanbevelingen**

279 Bij patiënten met (vermoeidheid bij) kanker in de palliatieve fase:

280 • Screen op de aanwezigheid van vermoeidheid; overweeg hiervoor de [Lastmeter](#) als
281 signaleringsinstrument te gebruiken of maak gebruik van het [Utrecht Symptoom Dagboek](#).

282 • Screen op vermoeidheid en bespreek de gemeten vermoeidheid met de patiënt:

- 283 ○ gedurende en na afloop van anti-tumor therapie;
- 284 ○ op momenten dat progressie van de kanker wordt aangetoond;
- 285 ○ rond de overdracht van een patiënt naar een andere setting.

286 Gedurende de perioden dat de ziekte stabiel is zonder therapie, kan doorgaans volstaan worden
287 met laagfrequente controles.

288 • Overweeg het gebruik van een vragenlijst voor de beoordeling van de dimensies en de mate van
289 vermoeidheid, zoals de [Multidimensionele Vermoeidheidsindex](#) (MVI) of de [Checklist Individuele](#)
290 [Spankracht](#) (CIS). Een score ≥ 35 op de subschaal ernst van vermoeidheid van de CIS wordt
291 gehanteerd als cut-off voor ernstige vermoeidheid.

292

293 **Inleiding**

294 Gezien de grote impact die vermoeidheid heeft tijdens zowel de periode van ziektegerichte, als die van
295 symptoomgerichte- en terminale palliatie is signalering en diagnostiek van groot belang om te komen tot
296 een tijdige en gerichte aanpak om de vermoeidheid te verminderen dan wel beter met de vermoeidheid
297 om te leren gaan. Het signaleren van vermoeidheid kan in het gesprek met de patiënt, maar ook met
298 behulp van gevalideerde meetinstrumenten. De ernst van de vermoeidheid is een subjectieve beleving,
299 waarvoor gevalideerde meetinstrumenten voorhanden zijn.

300

301 **Literatuurbespreking**

302 Signalering van vermoeidheid

303 In Nederland wordt de [Lastmeter](#) gebruikt als signaleringsinstrument voor het meten van last in het
304 algemeen en vervolgens voor het herkennen van de onderliggende oorzaken voor die last, zoals
305 vermoeidheid. Ook kan gebruik gemaakt worden van het [Utrecht Symptoom Dagboek](#) (0-10 numerieke
306 schaal), een Nederlandse bewerking van de Edmonton Symptom Assessment Scale [Chang 2000],
307 voor de signalering en monitoring van vermoeidheid (zie [Algemene principes van palliatieve zorg](#) en
308 [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)). In het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland wordt ook
309 de Brief Fatigue Inventory genoemd voor de signalering van vermoeidheid. De Nederlandstalige versie
310 van dit instrument is echter niet gevalideerd en wordt daarom niet geadviseerd in deze richtlijn.

311 De werkgroep heeft geen systematisch literatuuronderzoek verricht. Voor de onderliggende literatuur
312 van de Lastmeter en het Utrecht Symptoom Dagboek wordt verwezen naar het Kwaliteitskader
313 palliatieve zorg Nederland waar deze meetinstrumenten zijn opgenomen. De NCCN (2017) adviseert
314 vermoeidheid bespreekbaar te maken bij een score >0 op een 0-10 schaal. Een score voor
315 vermoeidheid ≥ 4 in het Utrecht Symptoom dagboek wijst op ten minste matige vermoeidheid
316 [Oldenmenger 2013].

317 Diagnostiek bij vermoeidheid

318 Er zijn twee Nederlandstalige en gevalideerde meetinstrumenten voorhanden, namelijk de
319 [Multidimensionele Vermoeidheidsindex](#) (MVI) en de [Checklist Individuele Spankracht](#) (CIS). De
320 werkgroep heeft zich tot deze meetinstrumenten beperkt voor de beoordeling van de psychometrische
321 eigenschappen:

322

323 *De Multidimensionele Vermoeidheidsindex (MVI)* met bijbehorende [Scoringstool](#).

324 De MVI bestaat uit 20 stellingen die ieder op een 5-punts Likert schaal worden beantwoord. De
325 stellingen behoren bij vijf verschillende subschalen (4 stellingen per subschalen): algemene
326 vermoeidheid, fysieke vermoeidheid, verminderde activiteit, verminderde motivatie en mentale
327 (cognitieve) vermoeidheid. De score per subschaal varieert tussen 4 en 20 (geen tot extreme
328 vermoeidheid). De MVI is in Nederland ontwikkeld door Smets (1995). De psychometrische
329 eigenschappen van dit instrument zijn bestudeerd in een groep van 111 patiënten met kanker, 395
330 patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom, 481 eerstejaars psychologiestudenten, 158
331 studenten geneeskunde, 46 artsen in opleiding en 316 soldaten. Factoranalyse steunde het model met
332 vijf subschalen met een 'adjusted goodness of fit index' van 0.96. De interne consistentie was goed voor
333 alle subschalen met een Cronbach's alpha variërend tussen 0.66 en 0.93, behalve voor de schalen
334 verminderde motivatie en verminderde activiteiten bij een groep leger recruten. Het discriminerend
335 vermogen van de MVI en de aparte schalen was voldoende om de groepen te onderscheiden.

336

337 *De Checklist Individuele Spankracht (CIS)*

338 De CIS bestaat uit 20 items verdeeld over vier subschalen: 8 items over de ernst van vermoeidheid, 3
339 activiteits-items, 5 betreffen concentratie en 4 items betreffen motivatie, allen op een 7-punts Likert
340 schaal te beantwoorden. De psychometrische eigenschappen van dit instrument werden door Worm-
341 Smeitink (2017) bestudeerd in een groep van 2288 Nederlanders, 322 kanker 'survivors' en 1407
342 patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom. Factoranalyse in de eerste groep leverde de vier
343 subschalen met een totaal verklaarde variantie van 73.4%. De interne consistentie van de subschalen
344 was hoog met Cronbach's alpha variërend tussen 0.84 voor de subschaal motivatie en 0.94 voor de
345 subschaal ernst van vermoeidheid. Een score ≥ 35 op de subschaal ernst van vermoeidheid was
346 gerelateerd aan ernstige vermoeidheid, met een sensitiviteit van 0.98 en een specificiteit van 0.83.

347

348 **Conclusies:**

349 Experts zijn van mening dat de Lastmeter en het Utrecht Symptoom Dagboek bruikbaar zijn om te
350 screenen op vermoeidheid.

351 [IKNL, Palliatief 2017]

352

353 De Multidimensionele Vermoeidheidsindex (MVI) en de Checklist Individuele Spankracht (CIS) zijn goed
354 gevalideerde Nederlandstalige instrumenten voor de verdere beoordeling van de betrokken dimensies
355 en de ernst van vermoeidheid.

356 [Worm-Smeitink 2017, Smets 1995]

357

358 **Overwegingen**

359 De werkgroep adviseert te screenen op vermoeidheid gedurende en na afloop van anti-tumor therapie,
360 op momenten dat progressie van de kanker wordt aangetoond en rond de overdracht van een patiënt
361 naar een andere setting. Gedurende de perioden dat de ziekte stabiel is zonder therapie, kan
362 doorgaans volstaan worden met laagfrequente controles. In geval van vermoeidheid adviseert de
363 werkgroep een aanvullende beoordeling van de ernst van de vermoeidheid met een gevalideerde
364 vragenlijst, de MVI of de CIS. Deze instrumenten geven ook meer inzicht welke dimensies van
365 vermoeidheid bijdragen aan de overall ervaren vermoeidheid en de gevolgen voor activiteit en
366 motivatie.

367 **Referenties**

- 368 1. Cancer-related fatigue. Version 2.2017 – April 10, 2017. NCCN clinical practice guidelines in
369 oncology. NCCN.org.
- 370 2. IKNL/Palliactief, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017
- 371 3. Chang, Hwang SS, Feuermann M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale.
372 Cancer. 2000 May 1;88(9):2164-71.
- 373 4. Oldenmenger WH, De Raaf P, De Klerk C, et al. Cut points on 0-10 Numeric Rating Scales for
374 symptoms included in the Edmonton Symptom Assessment Scale in cancer patients: a
375 systematic review. J Pain Symptom Manage 2013;45:1083-1093.
- 376 5. Smets A, Garssen B, Bonke B et al. The multidimensionaal fatigue inventory (MFI)
377 psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res,1995.39 (5): 315-
378 325.
- 379 6. Worm-Smeitink M, Gielissen M, Bloot L, et al The assessment of fatigue: psychometric qualities
380 and norms for the Checklist Individual Strength. J Psychosom Res. 2017 Jul;98:40-6.

381

382

383 **2.2 Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek**

384

385 **Uitgangsvraag**

386 *Hoe moet de anamnese worden afgenomen en welke diagnostiek is zinvol om te verrichten bij patiënten*
387 *met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?*

388

389 Methode: consensus-based (geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd)

390

391 **Aanbevelingen**

392 Bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase:

- 393 • Exploreer de vermoeidheid en de mogelijke onderliggende oorzaken bij een score voor
394 vermoeidheid ≥ 4 in het [Utrecht Symptoom Dagboek](#).
- 395 • Doe altijd een volledige anamnese, inclusief heteroanamnese, gericht op de lichamelijke, cognitieve
396 en emotionele dimensies en presentatie van vermoeidheid, de begeleidende symptomen, de
397 mogelijke oorza(a)k(en) en de impact voor het dagelijks functioneren en de sociale interacties met
398 naasten.
- 399 • Betrek de resultaten van het signalerend onderzoek met de [Lastmeter](#) of het [Utrecht Symptoom](#)
400 [Dagboek](#) bij de beoordeling van bijdragende lichamelijke en psychische symptomen.
- 401 • Doe altijd een lichamelijk onderzoek.
- 402 • Overweeg het gebruik van de [Hospital Anxiety and Depression Scale](#) (HADS) of screeningslijst [Vier](#)
403 [Dimensionale Klachten Lijst](#) (4DKL) als instrument voor de screening op angst en depressie (zie
404 richtlijnen [Angst](#) en [Depressie](#)).
- 405 • Doe op indicatie aanvullend laboratoriumonderzoek, beeldvormend onderzoek of functieonderzoek
406 ter verdere beoordeling van een behandelbare oorzaak van vermoeidheid.
- 407 • Zet alleen aanvullende diagnostiek in wanneer die haalbaar is en therapeutische consequenties
408 heeft, in het licht van de levensverwachting en de wensen van de patiënt met betrekking tot een
409 eventuele behandeling van een onderliggende oorzaak van de vermoeidheid.

410

411 **Inleiding**

412 Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek richten zich op het in kaart brengen van de
413 vermoeidheid, de begeleidende symptomen, de mogelijke oorzaken, de impact voor het dagelijks
414 functioneren, de beleving ervan en hoe patiënten en naasten ermee omgaan [NCCN 2017, Radbruch
415 2008, Bower 2014, Koornstra 2014].

416 Het is van groot belang dat er bij de diagnostiek een multidimensionale benadering wordt toegepast
417 waarbij gekeken wordt naar de fysieke, emotionele en de cognitieve dimensie van vermoeidheid en de
418 gevolgen voor het functioneren binnen de sociale context.
419 De basis voor de diagnostiek wordt gevormd door de anamnese en het lichamenlijk onderzoek,
420 daarnaast kan op indicatie aanvullend onderzoek verricht worden.

421

422 **Literatuurbespreking**

423 Er zijn geen originele studies gevonden over de inhoud van anamnese, lichamenlijk onderzoek en
424 aanvullend onderzoek bij de evaluatie van vermoeidheid bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.

425

426 **Overwegingen**

427 Hoewel er geen originele studies voorhanden zijn die richting geven aan anamnese, lichamenlijk
428 onderzoek en verdere diagnostiek, bestaat er geen twijfel over het nut hiervan voor de begeleiding van
429 de patiënt en zijn naasten en de behandeling van de vermoeidheid. De NCCN (2017) adviseert
430 vermoeidheid verder te exploreren en zo mogelijk te behandelen bij een score ≥ 4 op een 0-10
431 numerieke schaal. De werkgroep is van mening dat een adequate begeleiding en behandeling pas
432 kunnen plaatsvinden na een goede anamnese, gericht lichamenlijk onderzoek en op indicatie aanvullend
433 onderzoek. De werkgroep is van mening dat de inzet van aanvullend onderzoek wel zorgvuldig moet
434 worden afgewogen waarbij het ziektebeloop, eerdere diagnostiek en interventies en de belastbaarheid
435 en wensen van de patiënt om zinloos medisch handelen te voorkomen moeten worden meegenomen.

436

437 Anamnese

438 De anamnese richt zich op het in kaart brengen van de vermoeidheid, de beleving ervan door de patiënt
439 en de naasten, de impact voor het dagelijks functioneren, hoe patiënt en naasten met de vermoeidheid
440 omgaan, de begeleidende symptomen en de mogelijke onderliggende oorzaken. De werkgroep
441 adviseert de partner/naaste bij de anamnese te betrekken. Ten aanzien van de anamnese zijn de
442 onderstaande punten van belang:

443

- medische voorgeschiedenis

444

- toegepaste behandelingen voor de onderliggende ziekte

445

- ontstaan en duur van de vermoeidheid, inclusief het beloop in de tijd

446

- wijze waarop de vermoeidheid zich presenteert: lichamenlijk, emotioneel en/of cognitief

447

- ernst van de vermoeidheid en de gevolgen van de vermoeidheid voor het dagelijks functioneren op lichamenlijk, emotioneel, cognitief en sociaal gebied. Belangrijk hierbij is na te gaan welke opvattingen de patiënt heeft ten aanzien van zijn verantwoordelijkheden thuis en op het werk

448

- beloop c.q. patroon gedurende de dag, is sprake van persisterende vermoeidheid of fluctueert de vermoeidheid en treedt er nog herstel op?

449

- relatie met rust en met lichamenlijke, cognitieve en psychosociale inspanning

450

- activiteitenpatroon gedurende de dag: is sprake van een zeer laag (fysiek) activiteitsniveau of sterke wisselingen in activiteiten waarbij de patiënt zich op momenten overbelast?

451

- medicatie

452

- slaappatroon

453

- het voorkomen en de ernst van begeleidende symptomen zoals pijn, dyspnoe, spierzwakte, hoesten, diarree, obstipatie, dorst, koorts of anorexie (maak hiervoor gebruik van het

454

- signaleringsonderzoek met [Lastmeter](#) of [Utrecht Symptoom Dagboek](#)).

455

- signaleringsonderzoek met [Lastmeter](#) of [Utrecht Symptoom Dagboek](#)).

- 460 • gewichtsverlies
- 461 • angst en emotionele spanningen
- 462 • stemming
- 463 • hoe de patiënt met de vermoeidheid omgaat en wat hij al ondernomen heeft.
- 464 • gebruik van complementaire of alternatieve therapieën
- 465 • gezinssituatie
- 466 • steun van familie en vrienden

467

468 Lichamelijk onderzoek

469 Het lichamelijk onderzoek richt zich op mogelijk onderliggende oorzaken van de vermoeidheid. Hierbij
 470 zijn onderstaande punten van belang:

- 471 • voedingstoestand en gewicht
- 472 • temperatuur, pols, tensie
- 473 • hydratietoestand, inspectie slijmvlies
- 474 • het al dan niet aanwezig zijn van oedeem
- 475 • bevindingen van onderzoek aan hart, longen en abdomen: m.n. hartgrootte, harttonen, souffles,
 476 percussie over de longen, ademgeruis, levergrootte
- 477 • het al dan niet aanwezig zijn van neurologische uitval

478

479 Aanvullend onderzoek

480 Aanvullend onderzoek dat op indicatie wordt verricht richt zich de verdere beoordeling van
 481 onderliggende oorzaken van de vermoeidheid. Onderstaande diagnostiek kan worden overwogen:

- 482 • bloedonderzoek:
 - 483 ○ ter vaststelling van anemie: hemoglobine gehalte (Hb-gehalte)
 - 484 ○ ter vaststelling van hypothyreoïdie: schildklierfunctie
 - 485 ○ ter vaststelling van elektrolytstoornissen: serumnatrium, -magnesium, -kalium, -calcium (Ca²⁺;
 486 bij gebruik van totaal calcium dient dit gecorrigeerd worden voor het serumalbumine (zie
 487 richtlijn [Hypercalciëmie](#))
 - 488 ○ ter vaststelling van nier- en/of leverfalen: serum kreatinine, bilirubine, alkalisch fosfatase,
 489 gamma-GT, ASAT, ALAT
 - 490 ○ ter vaststelling van (ontregeling van) diabetes mellitus: glucosebepaling in het bloed
 - 491 ○ ter vaststelling van hypoxie: zuurstofverzadiging of pO₂
 - 492 ○ ter vaststelling van bijnierinsufficiëntie: nuchter cortisol
- 493 • electrocardiogram
- 494 • longfunctieonderzoek
- 495 • beeldvormende diagnostiek:
 - 496 ○ bij verdenking op hartfalen: X-thorax, echo hart
 - 497 ○ bij verdenking op respiratoire comorbiditeit of complicaties: X-thorax of CT-thorax
 - 498 ○ bij verdenking op progressie van de onderliggende maligniteit: echo, CT of MRI, afhankelijk
 499 van het te beoordelen orgaansysteem
- 500 • vragenlijsten zoals:
 - 501 ○ [Hospital Anxiety and Depression Scale](#) (HADS) of de [Vier Dimensionale Klachten Lijst](#)
 502 (4DKL) als instrument voor de screening op angst en depressie (zie richtlijnen [Angst](#) en
 503 [Depressie](#))
- 504 • consultatie van psychiater/psycholoog ter beoordeling van angst en/of depressie

505

506 **Referenties**

- 507 1. Bower JE. Cancer-related fatigue: mechanisms, risk factors and treatment. *Nat Rev Clin Oncol.*
508 2014; 11(10): 597–609.
- 509 2. Cancer-related fatigue. Version 2.2017 – April 10, 2017. NCCN clinical practice guidelines in
510 oncology. NCCN.org.
- 511 3. Koornstra RHT, Peters M, Donofrio S, et al. Management of fatigue in patients with cancer a
512 practical approach. *Cancer Treatment Rev* 2014; 40:791-799.
- 513 4. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, et al. Fatigue in palliative care patients - an EAPC approach.
514 *Palliat Med* 2008;22:13-32.

CONCEPT

515 3. INTEGRALE BENADERING

516

517 3.1 Voorlichting en psycho-educatie

518

519 **Uitgangsvraag**

520 *Wat zijn de effecten van psycho-educatie in vergelijking met geen psycho-educatie op vermoeidheid,*
521 *kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve*
522 *fase?*

523

524 Methodiek: evidence based (GRADE)

525

526 **Aanbevelingen**

527 Bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase:

- 528 • Geef voorlichting over het symptoom vermoeidheid in de palliatieve fase van kanker en stem de
529 voorlichting af op de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten.
- 530 • Stem de voorlichting af op de mate van vermoeidheid, zie paragraaf [2.1 Screening en](#)
531 [meetinstrumenten](#).
- 532 • Ondersteun de voorlichting met schriftelijk informatiemateriaal en attendeer de patiënt en diens
533 naasten op relevante informatie op websites zoals: [Kanker.nl](#) en [Thuisarts.nl](#).
534 De [centrale zorgverlener](#) en [hoofdbehandelaar](#) zijn ervoor verantwoordelijk dat voorlichting wordt
535 gegeven, maar dit kan wel door een andere zorgverlener, bijvoorbeeld verpleegkundige, worden
536 besproken.
- 537 • Geef voorlichting hoe om te gaan met vermoeidheid, zoals het voldoende lichamelijk actief blijven,
538 hanteren van een regelmatig slaap-waak patroon, prioriteren van activiteiten of het gelijkmatiger
539 verdelen van activiteiten.

540

541 **Inleiding**

542 Psycho-educatie wordt gedefinieerd als het geven van informatie over het symptoom vermoeidheid en
543 over hoe de patiënt en zijn omgeving de vermoeidheid kan hanteren. De Cochrane review van Bennett
544 (2016) naar de effecten van psycho-educatie op vermoeidheid bij en na behandeling van kanker toont
545 een klein positief effect op (de ernst van de) vermoeidheid, een matig positief effect op de mate waarin
546 vermoeidheid interfereert met dagelijkse activiteiten en relaties, een matig positief effect op distress en
547 positieve effecten op angst en kwaliteit van leven. Deze Cochrane review was echter niet specifiek
548 gericht op patiënten met kanker in de palliatieve fase.

549 In het kader van het formuleren van de richtlijn werd een literatuurstudie verricht naar de effecten van
550 psycho-educatie in de palliatieve fase van behandeling van kanker.

551

552 **Literatuurbespreking**

553 Beschrijving van de studies

554 *Systematische reviews*

555 Er werden geen systematische reviews geïncludeerd. De Cochrane review van Bennett (2016)
556 includeerde geen studies met enkel patiënten in de palliatieve fase.

557

558 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*

559 Er werd 1 RCT gevonden gepubliceerd in 2011, uit Hong-Kong [Chan 2011]. De studie was single-
560 center. Het aantal patiënten was 140 en includeerde patiënten met vergevorderde longkanker (stadium
561 3 en 4) in de periode van ziektegerichte palliatie. Vermoeidheid was geen inclusiecriteria. Chan (2011)
562 vergeleek een 40 minuten durende educatieve sessie en coaching, aangeboden op 2 momenten (1
563 week voor en 3 weken na start van radiotherapie), met standaard zorg [Chan 2011]. De educatie en
564 coaching waren gericht op de drie symptomen in het symptoomcluster angst, kortademigheid en
565 vermoeidheid. De sessie bevatte ook een training in het toepassen van ontspanningsoefeningen.

566 Deze studie combineerde educatie met coaching, en werd daarom ook opgenomen in de Cochrane
567 review van psychosociale interventies voor vermoeidheid in de palliatieve fase van kanker [Poort 2017].
568

569 In de Cochrane review van Poort (2017) over psychosociale interventies in de palliatieve fase van
570 behandeling van kanker zijn er twee studies die een vorm van psycho-educatie als controle conditie
571 vergelijken met een experimentele (psychosociale) interventie. Er was geen controle conditie voor
572 psycho-educatie, zoals gebruikelijke zorg. De effectiviteit van psycho-educatie kan bij deze studies niet
573 vastgesteld worden [Bordeleau 2003, Classen 2001]. Deze studies werden derhalve niet geïncludeerd.
574 Er waren ook studies waarin psycho-educatie een klein onderdeel vormde van een verpleegkundige
575 en/of psychosociale interventie [Bruera 2013, Steel 2016]. Ook deze studies werden niet geïncludeerd
576 omdat niet bepaald kan worden in hoeverre de psycho-educatie bijdroeg aan het effect van de
577 interventie.

578

579 Kwaliteit van het bewijs

580 De RCT scoorde low risk of bias op 3 van de Cochrane criteria. Vanwege de aard van de interventie
581 scoorde de studie laag op blinderen. Allocation concealment was onduidelijk en er was een hoge uitval,
582 voornamelijk in de controlegroep.

583

584 Effect op vermoeidheid

585 Chan (2011) includeerde patiënten in de periode van ziektegerichte palliatie.
586 Honderdveertig patiënten met stadium 3 en 4 longkanker werden gerandomiseerd tussen een
587 educatieve sessie met coaching die voor start van radiotherapie en 3 weken na start werd aangeboden
588 of standaard zorg. Na 12 weken werd er t.o.v. de meting voor start van de radiotherapie een statistisch
589 significant effect op vermoeidheid gevonden (Revised Piper Fatigue Scale Intensity Subscale, groep x
590 tijd effect, $p=0.011$). De studie concludeerde dat het effect klein is.
591 Er waren geen studies met patiënten in de periode van de symptoomgerichte- of terminale palliatie.

592

593 Effect op kwaliteit van leven

594 Er waren geen studies die het effect van psycho-educatie op kwaliteit van leven rapporteerden.

595

596 Effect op functioneren

597 Voor de periode van ziektegerichte palliatie rapporteerde Chan (2011) over het functioneren uitgedrukt
598 in een samengestelde score op een subschaal van de SF-36. De samengestelde score meet het fysiek
599 functioneren, belemmeringen in rol-functioneren als gevolg van fysieke problemen, belemmeringen in
600 het rol-functioneren als gevolg van emotionele problemen, en het sociale functioneren. Na 12 weken
601 werd er t.o.v. de meting voor start van de radiotherapie een statistisch significant effect op het
602 functioneren gevonden voor psycho-educatie in vergelijking tot standaard zorg (samengestelde score
603 subschaal SF-36, groep x tijd effect, $p < 0.001$). De studie concludeerde dat het effect op het
604 functioneren matig is.

605

606 Bijwerkingen

607 De studie rapporteerde niet over bijwerkingen.

608 **Conclusies**

609 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit (publicatie bias, risk of bias, indirectness) dat psycho-educatie in
610 vergelijking met gebruikelijke zorg zonder psycho-educatie tot minder vermoeidheid leidt voor patiënten
611 met kanker in de periode van ziekte-gerichte palliatie.

612 [Chan 2011]

613

614 Er is geen literatuur voorhanden die het effect analyseert van psycho-educatie in vergelijking met
615 gebruikelijke zorg op vermoeidheid voor patiënten met kanker in specifiek de symptoomgerichte of
616 terminale periode van de palliatieve fase.

617

618 Er is geen literatuur voorhanden die het effect analyseert van psycho-educatie in vergelijking met
619 gebruikelijke zorg op kwaliteit van leven voor patiënten met kanker in de palliatieve fase.

620

621 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit (publicatie bias, risk of bias, indirectness) dat psycho-educatie in
622 vergelijking met gebruikelijke zorg zonder psycho-educatie het functioneren verbetert van patiënten met
623 kanker in de periode van ziekte-gerichte palliatie.

624 [Chan 2011]

625

626 Algehele kwaliteit van bewijs = zeer laag.

627

628 **Overwegingen**

629 Er is zeer beperkt onderzoek gedaan naar de effecten van psycho-educatie op vermoeidheid in de
630 palliatieve fase in vergelijking met geen psycho-educatie. Er werd slechts 1 studie gevonden waarin het
631 effect van psycho-educatie als hoofdinterventie werd bestudeerd. Echter, in deze studie was de psycho-
632 educatie niet alleen gericht op vermoeidheid, maar ook op de symptomen angst en kortademigheid.
633 Daarbij werden patiënten ook getraind in het toepassen van ontspanningsoefeningen. We hebben dan
634 ook geen studies gevonden waarin psycho-educatie als enkelvoudige interventie werd bestudeerd. De
635 werkgroep vond geen studies waarin het effect van psycho-educatie op kwaliteit van leven werd
636 bestudeerd. Er worden geen negatieve effecten van psycho-educatie gerapporteerd.

637

638 De werkgroep is van mening dat, aangezien er geen goede studies zijn gedaan bij patiënten in de
639 palliatieve fase, de Cochrane review van Bennett (2016) die het effect van psycho-educatie op
640 vermoeidheid tijdens en na behandeling van kanker beoordeelde, betrokken moet worden bij de
641 overwegingen. Dit hoewel deze review geen studies includeerde met alleen patiënten in de palliatieve
642 fase van kanker. Deze Cochrane review toonde een beperkte afname van vermoeidheid na psycho-
643 educatie en een eveneens matige afname van de distress die samen gaat met vermoeidheid. Ook was
644 er een matig positief effect op de mate waarin vermoeidheid interfereerde met dagelijkse activiteiten en
645 relaties en werd een verbetering van kwaliteit van leven na psycho-educatie gevonden. Van belang is
646 dat ook in de Cochrane review geen negatieve effecten van psycho-educatie zijn gevonden.

647

648 De ASCO richtlijn (Bower 2014) geeft aan dat psycho-educatie onderdeel zou moeten zijn van het
649 management van vermoeidheid tijdens en na behandeling van kanker. Niet alleen de weging van het
650 beschikbare bewijs is van belang voor de beoordeling van de rol van psycho-educatie ten aanzien van
651 vermoeidheid, maar ook het feit dat het informeren van patiënten en hun naasten over symptomen
652 gezien wordt als een standaard onderdeel van de medische behandeling. Op grond van voorgaande is
653 de werkgroep van mening dat psycho-educatie onderdeel moet zijn van de behandeling van
654 vermoeidheid in de palliatieve fase.

655 Hoewel er nog weinig bekend is uit welke onderdelen psycho-educatie idealiter moet bestaan, is de
656 werkgroep van mening dat hierbij tenminste aandacht moet zijn voor:
657 1. Voorlichting over het symptoom in relatie tot de onderliggende ziekte en de behandelingen die
658 gegeven worden.
659 2. Advies over het omgaan met vermoeidheid door bijvoorbeeld voldoende lichamelijk actief te blijven,
660 het hanteren van een regelmatig slaap-waak patroon, prioriteren van activiteiten of het gelijkmatiger
661 verdelen van activiteiten over de dag.
662

663 De voorlichting moet tenminste door de [centrale zorgverlener](#) of lid van het behandelteam gegeven
664 worden, bijvoorbeeld de huisarts, medisch specialist en of specialistisch verpleegkundige. De centrale
665 zorgverlener en [hoofdbehandelaar](#) zijn verantwoordelijk dat de voorlichting wordt gegeven. Volgens de
666 ASCO richtlijn moet regelmatig nagegaan worden of de patiënt last heeft van vermoeidheid [Bower,
667 2014]. Als blijkt dat sprake is vermoeidheidsklachten zou aansluitend voorlichting gegeven kunnen
668 worden.

669 De werkgroep adviseert tevens om naast mondelinge voorlichting gebruik te maken van
670 informatiefolders en websites over vermoeidheid zoals www.kanker.nl en www.thuisarts.nl. Omdat
671 vermoeidheidsklachten ook effect hebben op het sociaal functioneren en de belasting van naasten,
672 adviseert de werkgroep naasten zoveel mogelijk te betrekken bij de voorlichting.

673 De hulpverlener moet zich er wel van bewust zijn dat de positieve effecten van psycho-educatie beperkt
674 zijn, en ook additionele interventies overwogen moeten worden.
675

676 **Referenties**

- 677 1. Bennett S, Pigott A, Beller EM, et al. Educational interventions for the management of cancer-related
678 fatigue in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD008144.
- 679 2. Bruera E, Yennurajalingam S, Palmer JL, et al. Methylphenidate and/or a nursing telephone
680 intervention for fatigue in patients with advanced cancer: a randomized, placebo-controlled, phase II
681 trial. J Clin Oncol: official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2013;31(19):2421-7.
- 682 3. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, et al. Quality of life in a randomized trial of group psychosocial
683 support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention and an exploration of missing
684 data. J Clin Oncol. 2003;21:1944-51.
- 685 4. Bower JE, Bak K, Berger A, et al. Screening, Assessment and Management of Fatigue in Adult
686 Survivors of Cancer: an American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline
687 Adaptation. J Clin Oncol. 2014; 32(17):1840-51.
- 688 5. Chan CW, Richardson A, Richardson J. Managing symptoms in patients with advanced lung cancer
689 during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial. J Pain Symptom
690 Manage. 2011;41(2):347-57.
- 691 6. Classen C, Butler LD, Koopman C, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in
692 patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. Archives of General
693 Psychiatry 2001;58:494-501.
- 694 7. Poort H, Peters M, Bleijenberg G, et al. Psychosocial interventions for fatigue during cancer
695 treatment with palliative intent. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7:CD012030.
- 696 8. Steel JL, Geller DA, Kim KH, et al. Web-based collaborative care intervention to manage cancer-
697 related symptoms in the palliative care setting. Cancer 2016;122(8):1270-82.
698

699 **3.2. Ondersteunende zorg**

700

701 **Uitgangsvraag**

702 *Op welke wijze dient vorm gegeven te worden aan ondersteunende zorg bij patiënten met vermoeidheid*
703 *bij kanker in de palliatieve fase?*

704

705 Methode: consensus-based (geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd)

706

707 **Aanbevelingen**

708 Bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase:

709 • Bepaal welke problemen gerelateerd zijn aan de vermoeidheid, de complexiteit van deze problemen
710 en hun onderlinge samenhang (zie hoofdstuk [2. Diagnostiek](#)).

711 • Verwijs op geleide van deze onderliggende problematiek en wensen van de patiënt naar
712 gespecialiseerde zorgverleners. De [Verwijsgids Kanker](#) kan gebruikt worden bij het vinden van
713 aanvullende behandelings- en begeleidingsmogelijkheden:

714 ○ adviseer contact met lotgenoten (vaak ondersteunend door de herkenning en de erkenning van
715 gevoelens en ervaringen), bijvoorbeeld via patiëntenverenigingen zoals Nederlandse Federatie
716 Kankerpatiënten (NFK) of via inloophuizen.

717 ○ overweeg bij vragen over activiteitenverdeling, aanpassingen in huis of het gebruik van
718 hulpmiddelen een consult van de ergotherapeut.

719 ○ overweeg bij vragen over bewegen en conditieverlies een consult van de gespecialiseerde
720 fysiotherapeut.

721 ○ overweeg bij vragen over (aanpassing van de) voeding of gewichtsverlies een consult van de
722 diëtist.

723 ○ overweeg een verwijzing voor cognitieve gedragstherapie voor vermoeidheid bij een daarin
724 getrainde psycholoog. Overweeg een consult bij een psycholoog bij intra-psychische
725 problematiek zoals angst, depressieve gevoelens en vragen over existentiële en
726 levenseindevragen.

727 ○ overweeg bij psychosociale, relationele, materiële en zingevingsvragen een consult bij een
728 gezondheidszorg maatschappelijk werker.

729 ○ overweeg bij zingevings- en levenseindevragen een consult bij een priester, pastor, imam,
730 pandit of boeddhistisch geestelijk verzorger (zie de richtlijn Zingeving en spiritualiteit,
731 momenteel in autorisatiefase).

732 ○ overweeg bij samenhangende en/of complexe functioneringsproblemen ten gevolge van (de
733 behandeling van) kanker een consult bij de revalidatiearts.

734 ○ adviseer ondersteuning van de mantelzorg, zie:

735 • <http://www.agora.nl/> ('zorg kiezen': vrijwilligers per provincie, adressen van hospices);

736 • <http://www.vptz.nl/> (landelijk overzicht + contactpersonen van vrijwilligers palliatieve zorg).

737 • Vraag zo nodig advies aan een consultatieteam palliatieve zorg (IKNL of ziekenhuis) of bespreek de
738 patiënt in een multidisciplinair team (palliatieve zorg) of een PaTz-groep.

739

740 **Literatuurbespreking**

741 Er is geen literatuur gevonden waarin de indicaties voor de verwijzingen naar de verschillende

742 zorgverleners voor patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase worden besproken.

743 **Overwegingen**

744 Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland hanteert de volgende standaard ten aanzien van
745 interdisciplinaire zorg:

- 746 • De multidimensionele benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om
747 kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team
748 verenigd zijn. Dit team wordt gevormd door zorgverleners en vrijwilligers in nauwe samenwerking
749 met de patiënt en diens naasten.

750 Op geleide van de onderliggende oorzaken voor de vermoeidheid bij een individuele patiënt, kan een
751 scala aan zorgverleners worden ingeschakeld, zoals gespecialiseerde verpleegkundigen,
752 gespecialiseerde fysiotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkenden, psychologen,
753 geestelijk verzorgers, diëtisten en/of vrijwilligers, ter ondersteuning van de patiënt. De [Verwijsgids](#)
754 [Kanker](#) kan gebruikt worden bij het vinden van aanvullende behandelings- en
755 begeleidingsmogelijkheden. In de paragraaf [Niet-medicamenteuze behandeling](#) wordt besproken welke
756 interventies in welke situatie zinvol zijn en welke professionals deze interventies kunnen uitvoeren. Die
757 informatie, in combinatie met de wensen van de patiënt en naasten en de lokale mogelijkheden, bepaalt
758 welke ondersteunende zorg wordt ingeschakeld. Daarbij is ook de ondersteuning van de mantelzorg
759 van groot belang [IKNL/Palliactief 2017; zie ook richtlijn [Mantelzorg](#)].

760
761 Naast professionele zorg kan lotgenotencontact voor een deel van de patiënten met vermoeidheid bij
762 kanker een belangrijke rol spelen door de herkenning en erkenning van gevoelens en ervaringen.
763 Patiëntenverenigingen organiseren op diverse plaatsen ontmoetingsplekken voor patiënten in de
764 palliatieve fase, hun omgeving en zorgverleners.

765
766 Zo nodig kan advies gevraagd worden bij een consultatieteam palliatieve zorg (via IKNL of eigen
767 ziekenhuis) of kan patiënt besproken worden in een multidisciplinair overleg (palliatieve zorg) in een
768 instelling of een PaTz-groep.

769

770 **Referenties**

- 771 1. IKNL/Palliactief 2017, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017.

772 3.3 Continuïteit en organisatie van zorg

773

774 **Uitgangsvraag**

775 *Op welke wijze dient vorm gegeven te worden aan continuïteit en coördinatie van zorg bij patiënten met*
776 *vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?*

777

778 Methode: consensus-based (geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd)

779

780 **Aanbevelingen**

781 Bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase:

- 782 • Overweeg gebruik van een [individueel zorgplan](#). In het individueel zorgplan worden de waarden en
783 de wensen van de patiënt beschreven en beslissingen over in te zetten behandelingen of
784 wijzigingen in de zorg vastgelegd. Gebruik bij voorkeur een digitaal individueel zorgplan zodat deze
785 voor zowel de hulpverleners als de patiënt toegankelijk en inzichtelijk is.
- 786 • Realiseer, indien mogelijk, dat er één [centrale zorgverlener](#) is die het eerste aanspreekpunt is voor
787 de patiënt/naasten en verantwoordelijk is voor de coördinatie en continuïteit van de zorg.
- 788 • Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekte-traject duidelijk is wie de [hoofdbehandelaar](#) is. De
789 hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het zorgvuldig en systematisch meten, analyseren, en
790 opvolgen van klachten zoals vermoeidheid, energiegebrek, zwakte en de algehele kwaliteit van
791 leven. In de periode van ziektegerichte palliatie is de hoofdbehandelaar veelal een medisch
792 specialist. In die van de symptoomgerichte palliatie is de hoofdbehandelaar veelal de huisarts. Zij
793 werken samen met een (team van) verpleegkundigen en andere zorgverleners, zoals een
794 fysiotherapeut, medisch maatschappelijk werker, psycholoog en diëtist.
- 795 • Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd kan
796 worden. Leg afspraken vast over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt
797 en mantelzorg.
- 798 • De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor een goede overdracht en overleg tussen
799 verschillende betrokken zorgverleners. De centrale zorgverlener kan hier een belangrijke rol in
800 vervullen.
- 801 • Overweeg deelname aan een multidisciplinaire bespreking:
 - 802 ○ in de eerste lijn een zogenaamde PaTz-groep;
 - 803 ○ in een instelling een multidisciplinair overleg.
- 804 • of vraag advies aan een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg:
 - 805 ○ in de eerste en tweede lijn een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg via IKNL;
 - 806 ○ in een instelling een multidisciplinair team (palliatieve zorg);
 - 807 ○ of verwijzing naar een revalidatiearts in geval van meervoudige complexe problematiek.

808

809 **Inleiding**

810 De komende jaren zal het aantal patiënten in de palliatieve fase naar verwachting toenemen. Door
811 betere mogelijkheden voor palliatieve chemotherapie, radiotherapie en/of secundaire chirurgische
812 ingrepen zal de ziektegerichte palliatieve fase steeds langer worden. Ondanks de winst, die daardoor te
813 behalen is op de gebieden van lengte van leven en kwaliteit van leven, zal een dergelijke periode zich
814 toch ook kenmerken door onzekerheid en verlies van functies. Zowel zorgverleners uit de eerste als de
815 tweede lijn zullen betrokken zijn in de behandeling en begeleiding van de patiënt en zijn naasten in de
816 palliatieve fase. Daarnaast is er mogelijk sprake van noodzaak tot aanvullende zorg, hiervoor kan
817 gebruik worden gemaakt van de [Verwijsgids Kanker](#). Van groot belang is, dat duidelijk is, wie de
818 diagnostiek naar de oorzaak van de vermoeidheidsklachten doet.

819

820 Afhankelijk van de oorzaken van de vermoeidheid, wordt samen met de patiënt /naasten gekeken naar
821 de gewenste behandeling of begeleiding. Is deze behandeling wel of niet medisch technisch van aard
822 en moet de behandeling mono-, multi- of interdisciplinair uitgevoerd worden wanneer er sprake is van
823 problemen in meerdere behandeldomeinen (fysiek, mentaal, sociaal en zingeving)?
824

825 **Literatuurbespreking**

826 Er is geen literatuur gevonden waarin het effect van continuïteit en organisatie van zorg op
827 vermoeidheid bij patiënten met kanker in de palliatieve fase is onderzocht.
828

829 **Overwegingen**

830 In de palliatieve zorg zijn goede coördinatie van de zorg en goede overdracht, documentatie en
831 afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van groot belang [IKNL/Palliactief 2017, Eizenga
832 2006].
833

834 Het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) geeft ten aanzien van coördinatie en continuïteit de
835 volgende standaard aan:

- 836 • Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners
837 gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden
838 daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit
839 team werkt op basis van het [individueel zorgplan](#), met de [centrale zorgverlener](#) als verbindende
840 schakel.
- 841 • De centrale zorgverlener is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en
842 verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van
843 de zorg. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale
844 zorgverlener uitgevoerd door de [hoofdbehandelaar](#), dan wel gedelegeerd aan een ander (in
845 palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid.
846

847 Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland benadrukt verder het belang van:

- 848 • Het gebruik van een individueel zorgplan, voor alle betrokkenen toegankelijk en liefst elektronisch;
- 849 • Goede en continue bereikbaarheid van zorgverleners;
- 850 • Multidisciplinair overleg en samenwerking;
- 851 • Het werken met protocollen, richtlijnen en zorgpaden.
852

853 Naar de mening van de werkgroep lijkt het geen twijfel dat de bovengenoemde standaard en criteria
854 ook gelden voor patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase.

855 Coördinatie van zorg kan onder andere vorm krijgen door laagdrempelig multidisciplinair of transmuraal
856 overleg, bij voorbeeld door deelname aan een zogenaamde PaTz-groep, waarin huisartsen en
857 wijkverpleegkundigen op gestructureerde wijze bespreken hoe de zorg aan patiënten in de palliatieve
858 fase vormgegeven kan worden (zie www.patz.nu). In intramurale instellingen kan deelgenomen worden
859 aan een bespreking van het multidisciplinaire consultatieteam palliatieve zorg.
860

861 **Referenties**

- 862 1. IKNL/Palliactief, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017
- 863 2. Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, et al. METC. Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken
864 palliatieve zorg. Huisarts en Wetenschap 2006; 49: 308-312.

865 4. BELEID EN BEHANDELING

866

867 4.1 Behandeling van de oorzaak

868

869 **Uitgangsvraag**

870 *Wat is de voorgestelde benadering ten aanzien van de aanpak van onderliggende factoren bij patiënten*
871 *met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?*

872

873 Methode: consensus-based

874

875 **Aanbevelingen**

876 Voor de behandeling van onderliggende oorzaken van vermoeidheid bij patiënten met kanker in de
877 palliatieve fase:

- 878 • Draag altijd zorg voor optimale symptoomcontrole.
- 879 • In de periode van ziektegerichte palliatie: beoordeel de inzet van anti-tumor therapie wanneer de
880 vermoeidheid wordt verklaard door de onderliggende kanker door de te verwachten responskans en
881 mogelijke bijwerkingen tegen elkaar af te wegen.
- 882 • Beoordeel de behandeling van onderliggende oorzaken in het perspectief van het ziektebeloop,
883 comorbiditeit en de wens van de patiënt.
- 884 • Denk daarbij altijd aan de behandeling van tevens aanwezige lichamelijke en psychosociale
885 symptomen door symptomatische therapie en, indien dit mogelijk is, de behandeling van de
886 onderliggende oorzaak.
- 887 • Overweeg:
 - 888 ○ behandeling van anemie, zeker voor de ondersteuning van patiënten in het bereiken van
889 doelen die extra inspannend zijn op korte termijn. In de praktijk wordt een transfusie vaak
890 gegeven bij klachten en een Hb-waarde <6 mmol/l. Evalueer het effect van een transfusie
891 op de vermoeidheid zodat bij nieuwe daling van de Hb-waarde duidelijk is of hernieuwde
892 transfusie effectief zal zijn. Denk bij anemie ook aan de behandeling van deficiënties: ijzer-
893 foliumzuur- of vitamine B12-deficiëntie.
 - 894 ○ behandeling van elektrolytstoornissen:
 - 895 ○ behandeling van dehydratie (zie richtlijn [Dehydratie](#)).
 - 896 ○ bij gewichtsverlies: behandeling van de onderliggende oorzaak (bijv. een oesofagusstent bij
897 een stenose in de oesophagus).
 - 898 ○ adviseer in de periode van ziektegerichte palliatie gebruik te maken van gezonde voeding
899 met voldoende calorieën, eiwit en overige voedingsstoffen. Specifieke voedingsadviezen
900 zijn terug te vinden in de richtlijn [Algemene Voedings- en Dieetbehandeling](#).
 - 901 ○ bij anorexie-cachexie-syndroom en een levensverwachting van enkele maanden of langer
902 kan behandeling met megestrol 1 dd 480-800 mg p.o. worden overwogen (zie richtlijn
903 [Anorexie en gewichtsverlies](#)). Hiermee kan op korte termijn ook de vermoeidheid
904 verminderen. Bij langer gebruik verdwijnt het effect op de vermoeidheid echter weer. Bij een
905 kortere levensverwachting kan behandeling met corticosteroiden worden overwogen.
 - 906 Energieverrijkte voeding is hierbij niet zinvol.
 - 907 ○ behandeling van comorbiditeit: hypothyreoïdie, bijnierinsufficiëntie, hartfalen, chronisch
908 obstructief longlijden, bacteriële infectie
 - 909 ○ behandeling van slaapproblemen (zie richtlijn [Slaapproblemen](#)); bevorder een regelmatig
910 slaap/waakritme door het bespreken van strategieën die hieraan bijdragen; adviseer
911 stimulerende middelen zoals cafeïne te vermijden; slechte slapers zijn soms extra gevoelig
912 voor stimulerende middelen; zo ook alcohol.
 - 913 ○ adviseer ontspannings- en afleidingsactiviteiten.
 - 914 ○ heroverweeg de indicatie van potentieel vermoeidheid-inducerende medicatie als
915 psychofarmaca, antihistaminica en bètablokkers; saneer de medicatie zo mogelijk.

916

917 **Inleiding**

918 Wanneer bij de diagnostiek van vermoeidheid mogelijk onderliggende oorzaken of bijdragende factoren
919 worden gevonden, ligt het voor de hand die te behandelen. Doelstellingen van de behandeling van die
920 onderliggende factoren zijn het verminderen van de vermoeidheid en het verbeteren van de kwaliteit
921 van leven en het functioneren. Behandelingen kunnen echter nieuwe complicaties veroorzaken. Het is
922 van belang bij de behandeling van de onderliggende oorzaak rekening te houden met de fase waarin de
923 ziekte zich bevindt (periode van ziektegerichte-, symptoomgerichte- of terminale palliatie), de wensen
924 van de patiënt en de kans dat de behandeling daadwerkelijk bijdraagt aan het beoogde resultaat of juist
925 (nieuwe) problemen veroorzaakt. Ook hierbij is een systematische aanpak nodig.

926 **Literatuurbespreking**

927 Internationaal wordt in reviews en richtlijnen gewezen op het belang van het behandelen van de
928 onderliggende oorzaken van vermoeidheid [NCCN, Radbruch 2008, Koornstra 2014]. Hierbij wordt ook
929 duidelijk benoemd dat deze aanbeveling vooral is gebaseerd op de mening van experts, en niet op
930 goed uitgevoerd prospectief klinisch onderzoek. Vanwege de hoge prevalentie van andere symptomen
931 naast vermoeidheid, benadrukken de genoemde reviews en richtlijnen het belang van de behandeling
932 van die andere symptomen. Het effect van een systematische monitoring en behandeling van
933 lichamelijke symptomen werd bestudeerd in een gerandomiseerde klinische studie (RCT) waarin 152
934 patiënten met kanker in de palliatieve fase werden gerandomiseerd tussen de interventie en de
935 gebruikelijke zorg. Vermoeidheid werd gemeten met de MVI; interferentie van vermoeidheid met
936 dagelijks functioneren met BFI. Gedurende een follow-up van 3 maanden waren patiënten bij wie
937 fysieke symptomen werden gemonitord en zo nodig behandeld significant minder vermoeid (MVI
938 algemene vermoeidheid, linear mixed modeling groep x tijd, $b = -1.11$; $p=0.01$). Tevens interfereerde de
939 vermoeidheid minder met het dagelijks functioneren (BFI, linear mixed modeling groep x tijd, $b = -1.15$;
940 $p<0.001$ [De Raaf 2013].

941 Van andere behandelingen die zich richten op onderliggende of potentieel bijdragende factoren aan
942 vermoeidheid, is alleen het effect van de behandeling van depressie en anemie bestudeerd. Onderzoek
943 naar het effect van een behandeling van depressie op vermoeidheid vond plaats in een
944 gerandomiseerde studie onder 500 oncologische patiënten [Sharpe 2014]. Bij het merendeel van deze
945 patiënten bevond de ziekte zich echter niet in de palliatieve fase. Poliklinische patiënten werden
946 gerandomiseerd tussen een geïntegreerd multidisciplinair programma en reguliere zorg. Bij patiënten
947 die behandeld werden via het geïntegreerde programma verbeterde de depressie significant vaker. Ook
948 verminderde de vermoeidheid en verbeterde de kwaliteit van leven en functioneren significant meer bij
949 deze patiënten (EORTC-QLQ-Fatigue score, mean difference -14.8 op 24 weken, $p<0.000$; global QOL,
950 mean difference 6,3 op 24 weken, $p=0.001$; fysiek functioneren, mean difference 6.3 op 24 weken,
951 $p<0.001$). Er zijn geen gerandomiseerde studies verricht waarin alleen patiënten met kanker in de
952 palliatieve fase zijn geïnccludeerd.

953 Het effect van erythropoëtines werd bestudeerd in meerdere RCT's bij patiënten met anemie tijdens de
954 behandeling met chemotherapie in de periode van de ziektegerichte palliatie. Hoewel erythropoëtines
955 bijdragen aan het verminderen van de bloedtransfusies is het effect op kwaliteit van leven minder
956 duidelijk door grote heterogeniteit van studies. Er lijkt een klein positief effect op kwaliteit van leven te
957 bestaan, maar die winst lijkt niet kosteneffectief [Wilson 2007]. Daarnaast is inmiddels in een
958 systematische analyse van verrichtte studies aangetoond, dat het gebruik van erythropoëtines gepaard
959 gaat met een verhoogd risico op thrombo-embolische complicaties en mogelijk verminderde overleving
960 [Rizzo 2008; Bohlius 2009]. In een recent prospectief onderzoek is aangetoond dat patiënten met
961 bloedarmoede in de periode van de symptoomgerichte palliatie subjectief baat hebben van een
962 bloedtransfusie, hoewel in deze studie geen meetinstrumenten zijn gebruikt om het effect te beoordelen
963 [To 2017].

964 **Conclusies**

965 De controle van andere lichamelijke symptomen draagt bij aan het verminderen van vermoeidheid en
966 het verbeteren van het functioneren bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.

967 [De Raaf 2013]

968

969 De behandeling van depressie draagt mogelijk bij aan het verminderen van vermoeidheid en het
970 verbeteren van kwaliteit van leven en functioneren bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.

971 [Sharpe 2014]

972

973 Inzet van een erythropoëtine voor de behandeling van anemie tijdens chemotherapie in de periode van
974 ziektegerichte palliatie draagt bij aan een klein effect op kwaliteit van leven, maar gaat tevens gepaard
975 met een verhoogd risico op thrombo-embolische complicaties.

976 [Wilson 2007, Rizzo 2008, Bohlius 2009]

977

978 **Overwegingen**

979 Vermoeidheid is vaak mede gerelateerd aan bijdragende onderliggende lichamelijke en psychosociale
980 factoren. Behandeling ervan lijkt daarom belangrijk. Er zijn echter slechts enkele interventies gericht op
981 de behandeling van bijdragende lichamelijke en psychosociale factoren aan vermoeidheid onderzocht in
982 prospectief opgezette klinische studies: behandeling van tevens aanwezige lichamelijke symptomen,
983 van depressie en van anemie. Naar de mening van de werkgroep bestaat er geen twijfel dat een
984 behandeling van andere onderliggende oorzaken van vermoeidheid zinvol is, hoewel daarvoor geen
985 originele studies voorhanden zijn. De werkgroep is van mening dat behandeling van bijdragende
986 oorzaken zorgvuldig moet worden beoordeeld op geleide van het ziektebeloop, potentieel optreden van
987 bijwerkingen en wensen van de patiënt. Vanwege de beperkte effecten op kwaliteit van leven en de
988 verhoogde kans op trombo-embolische complicaties is de werkgroep van mening dat terughoudend is
989 geboden met het gebruik van erythropoëtines bij chemotherapie-geïnduceerde anemie.

990

991 De werkgroep adviseert onderstaande behandelingen van bijdragende onderliggende oorzaken van
992 vermoeidheid:

- 993 ● Behandeling van tevens aanwezige lichamelijke en psychosociale symptomen door symptomatische
994 therapie en, indien dit mogelijk is, de behandeling van de oorzaak van die symptomen.
- 995 ● Behandeling van anemie. In de praktijk wordt een transfusie vaak gegeven bij klachten en een Hb-
996 waarde <6 mmol/l. Het is belangrijk om het effect van de transfusie op de vermoeidheid te
997 evalueren, zodat bij nieuwe daling van de Hb-waarde duidelijk is of hernieuwde transfusie effectief
998 zal zijn. Vanwege het vaak snelle effect, is een bloedtransfusie vaak heel bruikbaar om patiënten te
999 ondersteunen in het bereiken van doelen op korte termijn die extra inspannend zijn. Denk bij anemie
1000 ook aan de behandeling van deficiënties: ijzer-, foliumzuur- of vitamine B12-deficiëntie.
- 1001 ● Wanneer de vermoeidheid in belangrijke mate veroorzaakt lijkt te worden door de onderliggende
1002 tumor, wordt het inzetten van systemische antitumor-therapie overwogen. De beslissing om deze
1003 therapie, meestal hormonale therapie of chemotherapie, al dan niet in te zetten, wordt genomen
1004 door de te verwachten responskansen en mogelijke bijwerkingen tegen elkaar af te wegen.
- 1005 ● Wanneer de vermoeidheid in belangrijke mate veroorzaakt lijkt te worden door behandeling met
1006 chemotherapie, immuuntherapie of 'targeted therapie', wordt het stoppen van de behandeling
1007 overwogen aan de hand van de ernst van de vermoeidheid, het te verwachten beloop van andere
1008 symptomen, de mogelijkheden om met symptomatische therapie de bijwerkingen te verminderen en
1009 de reactie van de tumor op de behandeling.
- 1010 ● Behandeling van elektrolytstoornissen:
 - 1011 ○ hypercalciëmie: (zie richtlijn [Hypercalciëmie](#))
 - 1012 ○ hyponatriëmie
- 1013 ● Behandeling van dehydratie (zie richtlijn [Dehydratie en vochtdoediening](#)).
- 1014 ● Bij gewichtsverlies: behandeling van de onderliggende oorzaak (bijv. een oesofagusstent bij een
1015 stenose in de oesophagus).

- 1016 • In de periode van ziektegerichte palliatie adviseert de werkgroep gebruik te maken van gezonde
- 1017 voeding met voldoende calorieën, eiwit en overige voedingsstoffen. Specifieke voedingsadviezen
- 1018 zijn terug te vinden in de richtlijn [Algemene Voedings- en Dieetbehandeling](#).
- 1019 • Bij anorexie-cachexie-syndroom en een levensverwachting van enkele maanden of langer kan
- 1020 behandeling met megestrol 1 dd 480-800 mg p.o. worden overwogen (zie richtlijn [Anorexie en](#)
- 1021 [gewichtsverlies](#)). Hiermee kan op korte termijn ook de vermoeidheid verminderen. Bij langer gebruik
- 1022 verdwijnt het effect op de vermoeidheid echter weer. Bij een kortere levensverwachting kan
- 1023 behandeling met corticosteroiden (zie [Medicamenteuze symptomatische behandeling](#)) worden
- 1024 overwogen. Energieverrijkte voeding is hierbij niet zinvol.
- 1025 • Behandeling van comorbiditeit:
- 1026 o hypothyreoïdie
- 1027 o bijnierinsufficiëntie
- 1028 o hartfalen
- 1029 o chronisch obstructief longlijden
- 1030 o bacteriële infectie
- 1031 • Bij slaapstoornissen (zie richtlijn [Slaapproblemen](#)):
- 1032 o bevorder een regelmatig slaap/waakritme door het bespreken van strategieën die hieraan
- 1033 bijdragen
- 1034 o adviseer stimulerende middelen zoals cafeïne te vermijden; slechte slapers zijn soms extra
- 1035 gevoelig voor stimulerende middelen; zo ook alcohol
- 1036 o adviseer ontspannings- en afleidingsactiviteiten
- 1037 o zorg voor behandeling van gerelateerde factoren zoals pijn en jeuk.
- 1038 o bij onvoldoende resultaat van deze adviezen, kortdurende behandeling met kortwerkende
- 1039 benzodiazepinen, maximaal 2 weken
- 1040 • Bij bijwerkingen van medicamenten: heroverweeg de indicatie van potentieel vermoeidheid-
- 1041 inducerende medicatie als psychofarmaca, antihistaminica en bètablokkers, saneer de medicatie zo
- 1042 mogelijk.

1043

1044 **Referenties**

- 1045 1. Bohlius J, Schmidlin K, Brillant C et al. Recombinant human erythropoiesis-stimulating agents
- 1046 and mortality in patients with cancer: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2009; 373:
- 1047 1532-1542.
- 1048 2. Cancer-related fatigue. Version 2.2017 – April 10, 2017. NCCN clinical practice guidelines in
- 1049 oncology. NCCN.org.
- 1050 3. De Raaf PJ, de Klerk C, Timman R, et al: Systematic monitoring and treatment of physical
- 1051 symptoms to alleviate fatigue in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. *J*
- 1052 *Clin Oncol* 2013; (31:716-23.
- 1053 4. Koornstra RHT, Peters M, Donofrio S, et al. Management of fatigue in patients with cancer a
- 1054 practical approach. *Cancer Treatment Rev* 2014; 40:791-799.
- 1055 5. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, et al. Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach.
- 1056 *Palliat Med* 2008;22:13-32.
- 1057 6. Rizzo JD, Somerfield MR, Hagerty KL et al. Use of epoetin and darbepoetin in patients with
- 1058 cancer: 2007 American Society of Clinical Oncology/American Society of Hematology clinical
- 1059 practice guideline update. *J Clin Oncol* 2008; 26: 132-149.
- 1060 7. Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, et al. Integrated collaborative care for comorbid major
- 1061 depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled
- 1062 effectiveness trial. *Lancet* 2014; 384(9948):1099-1108.
- 1063 8. To THM, LeBlanc TW, Eastman P et al. The prospective evaluation of the net effect of red blood
- 1064 cell transfusion in routine provision of palliative care. *J Pall Med* 2017; 20: 1152-7.
- 1065 9. Wilson J, Yao GL, Raftery J, et al. A systematic review and economic evaluation of epoetin alfa,
- 1066 epoetin beta and darbepoetin alfa in anaemia associated with cancer, especially that
- 1067 attributable to cancer treatment. *Health Technol Assess* 2007; 11: 1-221.
- 1068

1069

1070 **4.2 Niet-medicamenteuze behandeling**

1071

1072 **4.2.1 Psychosociale interventies**

1073

1074 **Uitgangsvraag**

1075 *Wat zijn de effecten van psychosociale interventies in vergelijking met zorg zonder psychosociale*
1076 *interventie op vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren bij patiënten met vermoeidheid*
1077 *bij kanker in de palliatieve fase?*

1078

1079 Methodiek: evidence based op basis van een recente Cochrane review.

1080

1081 **Aanbevelingen**

1082 Bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase:

- 1083 • Overweeg de inzet van cognitieve gedragstherapie of mind-body interventies (bijvoorbeeld
1084 mindfulness of yoga) bij patiënten die een actieve, levensverlengende behandeling krijgen en/of in
1085 een relatief stabiele toestand zijn als psycho-educatie onvoldoende effectief is.
- 1086 • Verwijs naar professionals die ervaring hebben binnen de oncologie en die voorgenoemde
1087 psychosociale behandelingen voor vermoeidheid bij kanker aanbieden. Hierbij kan onder meer
1088 gebruik gemaakt worden van de digitale [Verwijsgids Kanker](#).

1089

1090 **Inleiding**

1091 Psychosociale interventies worden gedefinieerd als interventies die zich richten op het beïnvloeden van
1092 cognities, emoties, gedrag en sociale interacties, al dan niet in combinatie met elkaar. Om te spreken
1093 van een psychosociale interventies dient er minimaal 2 keer contact te zijn tussen de patiënt en de
1094 zorgprofessional, waarbij persoonlijke feedback wordt gegeven. Het doel van psychosociale interventies
1095 is het verminderen van vermoeidheid of het beter kunnen functioneren met vermoeidheid.

1096 Psychosociale interventies hebben een effect op vermoeidheid en functioneren bij patiënten die curatief
1097 behandeld zijn. In deze paragraaf beoordeelt de werkgroep het gebruik van psychosociale interventies
1098 voor patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase.

1099

1100 **Literatuurbespreking**

1101 Beschrijving van de studies

1102 *Systematische reviews*

1103 Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is gekeken naar de Cochrane review van Poort (2017) die
1104 zich specifiek richt op patiënten met kanker in de palliatieve fase. In de review werden effecten van
1105 psychosociale interventies op vermoeidheid, functioneren en kwaliteit van leven bij patiënten met
1106 ongeneeslijke kanker, die een ziektegerichte behandeling met palliatieve intentie ondergingen,
1107 beoordeeld. Op voorhand was bekend dat deze review in 2017 werd gepubliceerd.

1108

1109 De review van Poort (2017) includeerde 14 RCT's die psychosociale interventies vergeleken met
1110 standaard zorg of andere interventies [Armes 2007, Barsevick 2004, Barsevick 2010, Bordeleau 2003,
1111 Bruera 2013, Chan 2011, Classen 2001, Edelman 1999, Johansson 2008, Savard 2006, Sharpe 2014,
1112 Spiegel 1981, Steel 2016, Walker 2014]. Slechts bij 2 van de 14 opgenomen studies was het aanwezig
1113 zijn van vermoeidheid bij aanvang van de interventie een inclusiecriteria [Armes 2007, Bruera 2013].

1114 De interventies betroffen cognitieve gedragstherapie in 5 studies [Armes 2007, Savard 2006, Edelman
1115 1999, Johansson 2008, Steel 2016], ondersteunende- en expressie groepstherapie in 3 studies
1116 [Bordeleau 2003, Classen 2001, Spiegel 1981], interventies waarin patiënten leren energie te verdelen
1117 of slaap modificatie technieken aanleren in 2 studies [Barsevick 2004, Barsevick 2010], psychosociale
1118 ondersteuning en voorlichting gecombineerd met methylfenidaat of placebo in 1 studie [Bruera 2013],
1119 antidepressiva met probleemoplossende therapie en gedragsactivatie in 2 studies [Sharpe 2014,
1120 Walker 2014], en een psycho-educatieve interventie bestaande uit voorlichting en ontspanning met
1121 persoonlijke feedback in 1 studie [Chan 2011].
1122 Standaard zorg was de controle-arm bij 8 studies [Armes 2007, Chan 2011, Edelman 1999, Johansson
1123 2008, Sharpe 2014, Spiegel 1981, Steel 2016, Walker 2014], bij 1 studie was er een wachtlijst conditie
1124 [Savard 2006], in 3 studies was sprake van een controle interventie op basis van aandacht [Barsevick
1125 2004, Barsevick 2010, Bruera 2013], in 1 studie was sprake van een zelf-management educatie
1126 interventie als controle [Classen 2001], en 1 studie beschouwde het verstrekken van educatieve
1127 materialen over borstkanker en de behandeling van kanker, ontspanning en vermoeidheid als
1128 controleconditie [Bordeleau 2003].
1129 In de review zijn subgroep analyses opgenomen voor: de duur van de interventies (kort 2-3 weken
1130 versus gemiddeld-lang 2-12 maanden), vorm (groep versus individueel), monodisciplinariteit versus
1131 multidisciplinariteit, doel van de interventie (verminderen van vermoeidheid versus anders), additionele
1132 sessies (niet versus extra (zgn. booster) sessies). De review maakt onderscheid tussen metingen direct
1133 na afloop van de interventie en twee metingen gedurende de verdere follow-up (eerste follow-up meting
1134 3 weken-6 maanden na de interventie; tweede follow-up meting 9 weken-18 maanden na de
1135 interventie).

1136

1137 *Additionele studies*

1138 Er is geen literatuurstudie verricht naar overige studies. De 14 RCT's die opgenomen zijn in de
1139 Cochrane review, zijn niet meer apart opgenomen. In de Cochrane review werd vermeld dat er twee
1140 gerandomiseerde, gecontroleerde studies liepen waarvan de uitkomsten nog niet bekend waren, maar
1141 die door de grootte van de studies, de conclusies van de review hadden kunnen beïnvloeden. De
1142 resultaten van deze studies zijn nog niet bekend.

1143

1144 Kwaliteit van het bewijs

1145 De Cochrane review van Poort (2017) was van goede kwaliteit (Amstar score 10/11) [Poort 2017]. De
1146 review scoorde negatief wat betreft het zoeken en includeren van grijze literatuur. De geïncludeerde
1147 studies waren over het algemeen van goede kwaliteit. Voor randomisatie hadden 8 van de 14 studies
1148 een laag risico op bias. Voor allocation concealment was er een laag risico aanwezig bij 5 studies, voor
1149 blinding van assessors bij 5 studies, voor incomplete rapportage van uitkomsten bij 8 studies, voor
1150 selectieve rapportage bij 13 studies, en voor grootte van de steekproef bij 1 studie.

1151

1152 Effect op vermoeidheid

1153 Alle 14 studies uit de review van Poort (2017) rapporteerden vermoeidheid. Vermoeidheid in de studies
1154 werd gemeten met de vermoeidheid subschaal van de Profiles of Mood States (POMS), de
1155 vermoeidheidsschaal van de EORTC QLQ-C30, de Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
1156 (FACIT) vermoeidheidsschaal, Revised Piper Fatigue Scale, subschaal intensiteit, de Multidimensional
1157 Fatigue Inventory (MFI), de Functional Assessment of Cancer Treatment (FACT) vermoeidheid, de
1158 visual analogue scale (VAS) of global fatigue, de Schwartz Cancer Fatigue Scale, de General Fatigue
1159 Scale (GFS), en de vermoeidheidssubschaal van de Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS).

1160 Voor 12 studies was een meta-analyse mogelijk voor het effect van een psychosociale interventie ten
1161 opzichte van een controle-behandeling op vermoeidheid direct na afloop van de interventie [Armes
1162 2007, Barsevick 2004, Barsevick 2010, Chan 2011, Classen 2001, Edelman 1999, Johansson 2008,
1163 Savard 2006, Sharpe 2014, Spiegel 1981, Steel 2016, Walker 2014]. Deze toonde geen statistisch
1164 significant voordeel van de interventie op vermoeidheid: (standardized mean difference (SMD) -0.25,
1165 95%CI -0.50 tot 0.00; p=0.05; n = 535 patiënten; I² = 43%). Het bewijs was van zeer lage kwaliteit. Voor
1166 het eerst follow-up moment werd een bewijs van zeer lage kwaliteit gevonden dat psychosociale
1167 interventies leiden tot minder vermoeidheid in vergelijking met controlebehandelingen (SMD -0.66,
1168 95%CI -1.00 tot -0.32; p=0.0001; n= 147, studies= 4; I² = 0%) [Armes 2007, Barsevick 2004, Chan
1169 2011, Johansson 2011]. Voor het tweede follow-up moment liet een meta-analyse bij 2 studies geen
1170 verschil in vermoeidheid zien op het tweede follow-up moment tussen patiënten die een psychosociale
1171 interventie of een controlebehandeling hadden ontvangen (SMD -0.41, 95%CI -1.12 tot 0.30; p=0.26; n=
1172 91; studies = 2; I² = 29%) [Armes 2007, Chan 2011]. Geen van de subgroep-analyses liet een voordeel
1173 zien voor een van de onderzochte modaliteiten. Het beperkte aantal studies bemoeilijkt hierbij de
1174 interpretatie.

1175

1176 Effect op kwaliteit van leven

1177 Kwaliteit van leven werd niet geanalyseerd in de review.

1178

1179 Effect op (fysiek) functioneren

1180 (Fysiek) functioneren werd gemeten met de functieschalen van de EORTC QLQ-C30, SF-12, SF36, en
1181 de Functional Performance Inventory.

1182 Er werd bewijs van zeer lage kwaliteit gevonden dat psychosociale interventies direct na afloop van de
1183 interventie tot beter fysiek functioneren leiden in vergelijking met controlebehandelingen (SMD 0.32,
1184 95%CI 0.01 tot 0.63; p=0.04; 307 patiënten, 8 studies; I² =35%) [Armes 2007, Barsevick 2010,
1185 Bordeleau 2003, Chan 2011, Johansson 2008, Savard 2006, Sharpe 2014, Walker 2014]. Voor het
1186 eerste follow-up moment werd er geen bewijs gevonden voor een verschil in fysiek functioneren tussen
1187 patiënten die een psychosociale interventie of een controlebehandeling hadden ontvangen (SMD 0.37,
1188 95%CI -0.20 tot 0.94; p=0.21; 122 patiënten, 2 studies, I² = 36%) [Chan 2011, Johansson 2008].

1189

1190 Effect op sociaal functioneren

1191 Sociaal functioneren werd gemeten met de functieschaal van de EORTC-QLQ-C30.

1192 Psychosociale interventies hadden geen invloed op sociaal functioneren, direct na afloop van de
1193 interventie. Het bewijs hiervoor is van zeer lage kwaliteit dat (MD 4.16, 95%CI -11.20 tot 19.53;
1194 p=0.60; 141 patiënten, 4 studies; I² = 55%) [Bordeleau 2003, Johansson 2008, Sharpe 2014, Walker
1195 2014].

1196

1197 Effect op rol functioneren

1198 Rol functioneren werd gemeten met de functieschaal van de EORTC-QLQ-C30.

1199 Psychosociale interventies hadden geen invloed op rol functies, direct na afloop van de interventies. Het
1200 bewijs hiervoor is van zeer lage kwaliteit (MD 3.49, 95%CI -12.78 tot 19.76, p=0.65; 143 patiënten, 4
1201 studies; I² = 52%) [Bordeleau 2003, Johansson 2008, Sharpe 2014, Walker 2014].

1202

1203 Effect op emotioneel functioneren

1204 Emotioneel functioneren werd gemeten met de functieschaal van de EORTC-QLQ-C30

1205 Psychosociale interventies hadden geen invloed op emotioneel functioneren, direct na afloop van de
1206 interventies. Het bewijs hiervoor is van zeer lage kwaliteit (SMD -0.11, 95%CI -0.56 tot 0.35, p=0.65;
1207 115 patiënten, 3 studies; I² = 23%) [Bordeleau 2003, Johansson 2008, Barsevick 2010].

- 1208 Effect op cognitief functioneren
1209 Cognitief functioneren werd gemeten met de functieschaal van de EORTC-QLQ-C30.
1210 Psychosociale interventies hadden geen effect op cognitief functioneren, direct na afloop van de
1211 interventies. Het bewijs hiervoor is van zeer lage kwaliteit (MD -2.23, 95%CI -12.52 tot 8.08, p=0.67;
1212 115 patiënten, 2 studies; I² = 23%) [Bordeleau 2003, Johansson 2008].
- 1213 Bijwerkingen
1214 Een drietal studies rapporteerde bijwerkingen en kanker-gerelateerde overlijdens [Bruera 2013; Sharpe
1215 2014; Walker 2014]. Deze waren niet gerelateerd aan de psychosociale interventie, maar werden
1216 toegeschreven aan de behandeling voor de onderliggende kanker of aan het verloop van de ziekte.
1217
- 1218 **Conclusies**
1219 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat psychosociale interventies in vergelijking met
1220 controlebehandelingen geen effect hebben op vermoeidheid direct na afloop van de interventie bij
1221 patiënten met kanker in de periode van ziektegerichte palliatie.
1222 [Poort 2017]
1223
- 1224 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat psychosociale interventies in vergelijking met
1225 controlebehandelingen tot minder vermoeidheid leiden op het eerste follow-up moment (3 weken tot 6
1226 maanden na afloop van de interventie) bij patiënten met kanker in de periode van ziektegerichte
1227 palliatie.
1228 [Poort 2017]
1229
- 1230 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat psychosociale interventies in vergelijking met
1231 controlebehandelingen geen effect hebben op vermoeidheid op het tweede follow-up moment (9 weken
1232 tot 18 maanden na afloop van de interventie) bij patiënten met kanker in de periode van ziektegerichte
1233 palliatie.
1234 [Poort 2017]
1235
- 1236 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat psychosociale interventies in vergelijking met
1237 controlebehandelingen tot beter fysiek functioneren leiden direct na afloop van de interventie bij
1238 patiënten met kanker in de periode van ziektegerichte palliatie.
1239 [Poort 2017]
1240
- 1241 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat psychosociale interventies in vergelijking met
1242 controlebehandelingen geen effect hebben op (fysiek) functioneren op het eerste follow-up moment (3
1243 weken tot 6 maanden na afloop van de interventie) bij patiënten met kanker in de periode van
1244 ziektegerichte palliatie.
1245 [Poort 2017]
1246
- 1247 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat psychosociale interventies in vergelijking met
1248 controlebehandelingen geen effect hebben op sociaal functioneren, rol functioneren, emotioneel
1249 functioneren en cognitief functioneren na afloop van de interventie bij patiënten met kanker in de
1250 periode van ziektegerichte palliatie.
1251 [Poort 2017]
1252
- 1253 Algehele kwaliteit van bewijs = zeer laag.
1254

1255 **Overwegingen**

1256 De beoordeling van de evidentie voor psychosociale interventies wordt bemoeilijkt door het kleine
1257 aantal studies dat is gedaan met een beperkt aantal patiënten met kanker in de palliatieve fase en de
1258 grote heterogeniteit met betrekking tot de interventies en de opzet van de studies. De beoordeling wordt
1259 verder bemoeilijkt doordat bij het merendeel van de studies de aanwezigheid van klinische relevante
1260 vermoeidheid voorafgaand aan de interventie geen inclusiecriteria was. Als er geen klinisch relevante
1261 vermoeidheid ervaren wordt, is het ook lastig middels psychosociale interventies een afname van
1262 vermoeidheid te realiseren.

1263
1264 De werkgroep is van mening dat de literatuur die de effectiviteit van psychosociale interventies voor
1265 vermoeidheid na behandeling van kanker in de curatieve fase beschrijft, betrokken moet worden in deze
1266 richtlijn. Patiënten in de palliatieve fase kunnen tegenwoordig, met alle nieuwe behandelopties, langere
1267 tijd een relatief stabiele periode bereiken. Dit is in lijn met de richtlijnen van NCCN (2017) en ASCO
1268 (2014) die zich richten op vermoeidheid bij patiënten met kanker die hun behandeling hebben afgerond
1269 en/of een klinische remissie hebben [Bower 2014]. Hierin wordt het belang van psychosociale
1270 interventies als behandeling van vermoeidheid genoemd. In de ASCO richtlijn (2014) is het positieve
1271 effect van cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en mind-body interventies (bijvoorbeeld
1272 mindfulness of yoga) op vermoeidheid beschreven. In de huidige richtlijn wordt psycho-educatie apart
1273 beschreven in paragraaf [3.1. Voorlichting en psycho-educatie](#). De ASCO richtlijn (2014) adviseert
1274 tevens om patiënten voor psychosociale interventies te verwijzen naar getrainde professionals, met
1275 ervaring in de oncologische setting die bewezen effectieve behandelingen aanbieden.
1276 Op grond hiervan is de werkgroep van mening dat de inzet van de psychosociale interventies cognitieve
1277 gedragstherapie en mind body interventies overwogen moet worden voor vermoeidheid in de palliatieve
1278 fase van kanker, met name wanneer er sprake is van actieve levensverlengende behandeling en/of een
1279 relatief stabiele toestand van de patiënt en psycho-educatie onvoldoende effectief is.

1280 **Referenties**

- 1281 1. Armes J, Chalder T, Addington-Hall J, Richardson A, Hotopf M. A randomized controlled trial to
1282 evaluate the effectiveness of a brief, behaviorally oriented intervention for cancer-related fatigue.
1283 Cancer 2007;110(6):1385–95.
- 1284 2. Barsevick AM, Dudley W, Beck S, Sweeney C, Whitmer K, Nail L. A randomized clinical trial of
1285 energy conservation for patients with cancer-related fatigue. Cancer 2004;100 (6):1302–10.
- 1286 3. Barsevick A, Beck SL, Dudley WN, Wong B, Berger AM, Whitmer K, et al. Efficacy of an
1287 intervention for fatigue and sleep disturbance during cancer chemotherapy. J Pain Symptom
1288 Manage 2010;40(2):200–16.
- 1289 4. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, Leszcz M, Specca M, Sela R, et al. Quality of life in a randomized
1290 trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention
1291 and an exploration of missing data. J Clin Oncol 2003;21(10):1944–51.
- 1292 5. Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, et al. Screening, Assessment and
1293 Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: an American Society of Clinical Oncology
1294 Clinical Practice Guideline Adaptation. J Clin Oncol 2014;32(17):1840-51.
- 1295 6. Bruera E, Yennurajalingam S, Palmer JL, Perez-Cruz PE, Frisbee-Hume S, Allo JA, et al.
1296 Methylphenidate and/or a nursing telephone intervention for fatigue in patients with advanced
1297 cancer: a randomized, placebo-controlled, phase II trial. J Clin Oncol 2013;31(19):2421–7.
- 1298 7. Cancer-related fatigue. Version 2.2017 – April 10, 2017. NCCN clinical practice guidelines in
1299 oncology. NCCN.org.
- 1300 8. Chan CW, Richardson A, Richardson J. Managing symptoms in patients with advanced lung cancer
1301 during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial. J Pain Symptom
1302 Manage 2011;41(2):347–57.
- 1303 9. Classen C, Butlet LD, Koopman C, DiMiceli S, Giese-Davis J, Fobair P, et al. Supportive-expressive
1304 group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical
1305 intervention trial. Arch Gen Psychiatry 2001;58(5):494–501.

- 1306 10. Edelman S, Bell DR, Kidman AD. A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic
1307 breast cancer patients. *Psycho-oncology* 1999;8(4):295–305
- 1308 11. Johansson B, Brandberg Y, Hellbom M, Persson C, Petersson LM, Berglund G, et al. Health-related
1309 quality of life and distress in cancer patients: results from a large randomised study. *BJC*.
1310 2008;99(12): 1975–83.
- 1311 12. Poort H, Peters M, Bleijenberg G, et al. Psychosocial interventions for fatigue during cancer
1312 treatment with palliative intent. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:CD012030.
- 1313 13. Savard J, Simard S, Giguère I, Ivers H, Morin CM, Maunsell E, et al. Randomized clinical trial on
1314 cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and
1315 immunological effects. *Palliat Support Care* 2006;4(3):219–37.
- 1316 14. Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Symeonides S, Gourley C, et al. Integrated
1317 collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer(SMaRT Oncology-2): a
1318 multicentre randomised controlled effectiveness trial. *Lancet* 2014;384(9948):1099–108.
- 1319 15. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized
1320 outcome study. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(5):527–33.
- 1321 16. Steel JL, Geller DA, Kim KH, Butterfield LH, Spring M, Grady J, et al. Web-based collaborative care
1322 intervention to manage cancer-related symptoms in the palliative care setting. *Cancer*
1323 2016;122(8):1270–82.
- 1324 17. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, et al. Integrated collaborative
1325 care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3): a
1326 multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer. *Lancet Oncology* 2014;15(10):
1327 1168–76.

1328 **4.2.2 Beweging en lichamelijke activiteit**

1329

1330 **Uitgangsvraag**

1331 *Wat zijn de effecten van beweging/lichamelijke training op vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek)*
1332 *functioneren in vergelijking met geen beweging/lichamelijke training bij patiënten met vermoeidheid bij*
1333 *kanker in de palliatieve fase?*

1334

1335 Methodiek: evidence based (GRADE)

1336

1337 **Aanbevelingen**

1338 Bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase:

- 1339 • Adviseer patiënten dagelijks te bewegen op geleide van de individuele fysieke mogelijkheden en de
1340 adviezen in de [Nederlandse Norm Gezond Bewegen](#).
- 1341 • Overweeg een verwijzing naar een fysiotherapeut voor een aerobe bewegingsinterventie in geval
1342 van vermoeidheid en functionele beperking bij inspanning in de vroege periode van ziektegerichte
1343 palliatie.
- 1344 • Verwijs bij voorkeur naar een fysiotherapeut die is opgenomen in de [Verwijsgids Kanker](#).
- 1345 • Adviseer gezonde voeding als ondersteuning van een bewegingsinterventie.
- 1346 • Overweeg een verwijzing naar een revalidatiearts in geval van vermoeidheid en complexe
1347 functionele beperking (meervoudige problematiek) in de vroege periode van ziektegerichte palliatie.

1348

1349 **Inleiding**

1350 Bewegen tijdens de behandeling van kanker in de palliatieve fase staat al geruime tijd in de
1351 belangstelling om de conditie en mogelijk klachten van vermoeidheid, kwaliteit van leven en
1352 functioneren van patiënten te verbeteren. In het wetenschappelijk onderzoek staat de definitie van
1353 beweging en/of training vaak ter discussie.

1354 In de literatuur wordt er veelal gebruik gemaakt van interventies zoals aerobe training en krachtraining,
1355 maar er worden ook andere interventies toegepast, zoals loopinterventies. Ook in de uitvoering van
1356 deze interventies zien we een grote verscheidenheid. Een groot voordeel van de beweeginventies is
1357 de laagdrempelige toegankelijkheid.

1358

1359 De Nederlandse Norm Gezond Bewegen definieert welke inspanning er minimaal moet worden
1360 geleverd om een bijdrage te leveren aan de gezondheid. Deze norm kan worden behaald middels
1361 dagelijkse activiteiten, zoals wandelen en fietsen. Het meetbaar maken van het effect van bewegen op
1362 vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren is complexer. In dit hoofdstuk bespreekt de
1363 werkgroep de inzet van bewegingsinterventies bij patiënten met kanker in de palliatieve fase ter
1364 verbetering van de specifieke uitkomstmaten vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren. De
1365 werkgroep heeft daarvoor een specifieke keuze gemaakt voor bewegingsinterventies onder supervisie.

1366

1367 **Literatuurbespreking**

1368 Beschrijving van de studies

1369 *Systematische reviews*

1370 Er werden 5 systematische reviews gevonden [Albrecht 2012, Beaton 2009, Dittus 2017, Lowe 2009,
1371 Salakari 2015]. De review van Albrecht (2012) geeft geen systematische beschrijving van de studies.

1372 De review van Lowe (2009) beschrijft 6 studies waarvan slechts één een gerandomiseerde studie
1373 (RCT) betreft. De review van Beaton (2009) beschrijft 8 studies waarvan 3 een RCT. De review van
1374 Salakari (2015) is primair gericht op rehabilitatie en bevat studies over beweging, maar ook over
1375 zelfmanagement en psychosociale interventies. De review van Dittus (2017) richt zich primair op
1376 bewegingsinterventies. De review includeerde 19 studies, waarvan 14 RCTs [Adamsen 2009, Brown
1377 2006, Cheville 2010, Cheville 2013, Cormie 2013, Headly 2004, Henke 2014, Hwang 2012, Jensen
1378 2014, Ligibel 2016, Litterini 2013, Oldervoll 2011, Schuler 2017, Tsianakas 2017].

1379 De review van Dittus (2017) zal dan ook gebruikt worden in deze richtlijn. De studies in deze review
1380 includeerden patiënten met verschillende soorten kanker in een vergevorderd stadium waarvoor de

1381 behandeling niet meer curatief was gericht. Bij de analyse werd geen onderscheid gemaakt tussen de
1382 verschillende perioden van palliatie. In 12 van de 14 RCT's werd een bewegingsinterventie vergeleken
1383 met standaard zorg; 2 RCT's vergeleken het effect van aerobe training en krachttraining [Jensen 2014,
1384 Litterini 2013].

1385

1386 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*

1387 Tussen 2012 en 2017 zijn acht additionele gerandomiseerde studies (RCT's) gepubliceerd waarin het
1388 effect van bewegingsinterventies bij patiënten met kanker in de palliatieve fase is bestudeerd [Bourke
1389 2014, Dhillon 2017, Lopez-Sendin 2012, Mayo 2014, Pyszora 2017, Rief 2014, Uster 2017, Vanderbyl
1390 2017]. Vier studies includeerden patiënten in de periode van ziektegerichte palliatie: [Bourke 2014,
1391 Dhillon 2017, Rief 2014, Vanderbyl 2017], één in de periode van symptoomgerichte palliatie [Pyszora
1392 2017], drie studies konden niet worden ingedeeld [Lopez-Sendin 2012, Mayo 2014, Uster 2017].

1393 Deze studies vergeleken een variatie aan interventies. De meeste interventies bestonden uit aerobe
1394 oefeningen en/of krachttraining en werden vergeleken met standaard zorg. Twee studies vergeleken 2
1395 actieve interventies: Vanderbyl (2017) vergeleek Qigong met inspannings- en krachttraining, Mayo
1396 (2014) vergeleek het toevoegen van een 8 weken loopinterventie tijdens en na de standaard revalidatie
1397 met elkaar en met een controlegroep met alleen de revalidatie.

1398 De controlebehandelingen waren in het algemeen standaard zorg. Twee studies gebruikten een sham
1399 interventie: Lopez-Sendin (2012) gebruikte simpel hand contact of 'simple touch' als controle voor
1400 fysiotherapie en Rief (2014) gebruikte ademhalingsoefeningen als controle voor krachttraining.

1401 De duur van de interventies varieerde van 2 weken tot 6 maanden.

1402

1403 Kwaliteit van het bewijs

1404 De review van Dittus (2017) scoorde positief op 4/11 AMSTAR-criteria. De review beschrijft
1405 onvoldoende het gehanteerde protocol, geeft geen kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde studies
1406 en geen beoordeling van publicatiebias en includeerde geen grijze literatuur.

1407 De additionele RCT's scoorden low risk of bias op 2 tot 4 Cochrane criteria. Vanwege de aard van de
1408 interventies scoorden alle studies laag op blinderen. Vijf studies scoorden laag op incomplete
1409 uitkomsten vanwege een hoog aantal drop-outs [Dhillon 2017, Lopez-Sendin 2012, Rief 2014, Uster
1410 2017, Vanderbyl 2017]. Mayo (2014) rapporteerde geen groepsgemiddelden, enkel percentages
1411 patiënten boven een klinisch relevant verschil. Eén studie had een risico op bias vanwege een
1412 onduidelijke randomisatieprocedure [Mayo 2014].

1413

1414 Effect op vermoeidheid

1415 *Systematische review*

1416 Dittus (2017) vergeleek de vermoeidheid na beweging/lichamelijke training met vermoeidheid na
1417 standaard zorg in tien RCT's. In vier van deze 10 RCT's werd een significant effect van
1418 bewegingstherapie ten opzichte van standaardzorg op de mate van vermoeidheid gevonden. Drie van
1419 de RCT's gebruikten daarvoor inspanningsoefeningen [Adamsen 2009, Hwang 2012, Cheville 2013] en
1420 1 RCT oefeningen op een stoel [Headley 2004]. Zes RCT's vonden geen effect van bewegingstherapie
1421 op vermoeidheid [Brown 2006, Cheville 2010, Oldervoll 2011, Cormie 2013, Schuler 2017, Tsianakas
1422 2017]. De review van Dittus (2017) verrichtte geen meta-analyse.

1423

1424 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*

1425 Zes RCT's vergeleken vermoeidheid na beweging/lichamelijke training met vermoeidheid na standaard
1426 zorg of een controle-interventie. In twee RCT's was vermoeidheid gedefinieerd als inclusiecriteria.

1427 De studies gebruikten een diversiteit aan vermoeidheidsinstrumenten (EORTC-QLQ-FA 13, FACT-F,
1428 ESAS, EORTC QLQ-C30-fatigue, LASA-vermoeidheid, VAS vermoeidheid).

1429 Drie RCT's includeerden patiënten in de periode van ziekte-gerichte palliatie.

1430 • Rief (2014) includeerde 60 patiënten die vanwege metastasen in de thoracale, lumbale of sacrale

1431 wervelkolom gedurende 2 weken behandeld werden met radiotherapie. De patiënten werden

1432 gerandomiseerd tussen een begeleide krachttraining op de dagen van de bestraling of passieve

1433 fysiotherapie. Patiënten in de interventiegroep werden geïnstrueerd de oefeningen thuis gedurende

1434 zes maanden voort te zetten in een frequentie van drie keer per week. Na 3 maanden werd er geen

1435 significant effect gevonden op fysieke vermoeidheid (EORTC QLQ-FA 13, effect size -0.04,

1436 $p=0.637$), maar na 6 maanden was dit wel het geval (Effect size -0.71, $p=0.013$). Er werden geen

1437 verschillen gevonden in emotionele en cognitieve vermoeidheid.

1438 • Bourke (2014) includeerde 100 patiënten met lokaal gevorderde of gemetastaseerde

1439 prostaatkanker die langdurig androgeen-deprivatie therapie gebruikten. Deze patiënten werden

1440 gerandomiseerd tussen een 12 weken durende inspannings- en krachttraining in combinatie met

1441 voedingsadviezen of standaard zorg. Er werd een statistisch significant effect op vermoeidheid

1442 gemeten na 12 weken (FACT-F, gecorrigeerde MD: 5.3 points; 95%CI 2.7–7.9, $p<0.001$) en na 6

1443 maanden (gecorrigeerde MD: 3.9 points; 95%CI 1.1–6.8, $p=0.007$).

1444 • Dhillon (2017) randomiseerde 112 patiënten met een stadium III/IV-longkanker tussen een 8 weken

1445 durende fysieke activiteitentraining en standaard zorg. Hij vond geen verschil in vermoeidheid na 2,

1446 4 en 6 maanden (FACT-F, verschil 1.2, 95%CI -3.5 - 5.8, $p=0.62$).

1447

1448 Slechts 1 studie includeerde patiënten in de periode van symptoomgerichte palliatie:

1449 • Pyszora (2017) randomiseerde 60 patiënten met vermoeidheid (score ≥ 4 op een 0-10 numerieke

1450 schaal) bij kanker in een vergevorderd stadium die verwezen waren voor een palliatieve zorg

1451 voorziening tussen een 2 weken durend fysiotherapie programma of standaard zorg. De studie

1452 toonde een significant effect op vermoeidheid na 2 weken (ESAS fatigue, fysiotherapie: 4.6 (1.6),

1453 Standaard zorg: 6.3 (1.2), $p<0.01$).

1454

1455 Twee studies konden niet worden ingedeeld naar periode van palliatie:

1456 • Uster (2017) randomiseerde 58 patiënten met lokaal vergevorderde of gemetastaseerde kanker van

1457 de longen of de gastro-intestinale tractus tussen een 3 maanden durende interventie bestaande uit

1458 krachttraining gecombineerd met voedingsadviezen en standaard zorg. Na 3 en 6 maanden was het

1459 beloop in vermoeidheid t.o.v. de Ausgangssituatie niet verschillend tussen de groepen (EORTC QLQ-

1460 C30-fatigue, 3 maanden Interventiegroep: -1.5 (4.4), Standaard zorg: 2.2 (5.2); 6 maanden:

1461 Interventiegroep -1.3 (4.7), Standaard zorg: -4.9 (5.3); $p=0.75$).

1462 • Mayo (2014) vergeleek het toevoegen van een 8 weken loopinterventie tijdens en na de standaard

1463 revalidatie met elkaar en met een controlegroep met alleen de revalidatie bij 26 patiënten met

1464 kanker in een vergevorderd stadium die bij inclusie vermoeid waren (intensiteit ≥ 4 op een visueel-

1465 analoge schaal). Er werden geen kwantitatieve effect-analyses verricht. Per groep werd het

1466 percentage patiënten met een klinische significante vermindering van vermoeidheid berekend

1467 uitgaande van bekende minimal clinically important differences gemeten met de FACIT-F (Person

1468 Fatigue Measures (PFM): Respons Tijdens groep: 43%, Na groep: 68%, Controle: 25%).

1469

1470 Samenvattend: de studies laten een variabel en soms tegenstrijdig effect zien van

1471 beweging/lichamelijke activiteit op vermoeidheid, met een positief effect in drie van de vijf additioneel

1472 geïncludeerde studies waarin de mate van vermoeidheid is vergeleken tussen een

1473 bewegingsinterventie en standaard zorg of een controle interventie. Kanttekening hierbij is dat vooral de

1474 interventies zeer heterogeen zijn met programmaturen tussen 2 weken en 12 maanden, dat ze soms

1475 bestaan uit inspanningsoefeningen (lichamelijke beweging, fysiotherapie looptraining) en soms uit

1476 krachttrainingen of een combinatie.

1477 Effect op kwaliteit van leven
1478 *Systematische review*
1479 Dittus (2017) vergeleek kwaliteit van leven na beweging/lichamelijke training met kwaliteit van leven na
1480 standaard zorg in negen RCT's. In drie van deze negen RCT's werd een significant effect van
1481 bewegingstherapie ten opzichte van Standaard zorg op kwaliteit van leven gemeten [Adamsen 2009,
1482 Brown 2006, Henke 2014]. Zes RCT's vonden geen effect van bewegingstherapie op kwaliteit van leven
1483 [Cheville 2013, Cormie 2013, Headly 2004, Hwang 2012, Ligibel 2016, Tsianakas 2017].
1484
1485 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*
1486 Zes RCT's vergeleken kwaliteit van leven na beweging/lichamelijke training met kwaliteit van leven na
1487 standaard zorg of een controle-interventie.
1488 De studies gebruikten verschillende instrumenten om kwaliteit van leven te meten: EORTC-QLQ-BM-
1489 22, EORTC-QLQ-C30-Global QoL, EQ-5D VAS.
1490 Vier RCT's includeerden patiënten in de periode van ziektegerichte palliatie
1491 • Rief (2014) vond een significant effect van krachttraining op psychosociale aspecten van kwaliteit
1492 van leven (EORTC QLQ-BM 22, effect na 3 maanden -0.79, p=0.001; effect na 6 maanden -0.77,
1493 p=0.010), maar niet op andere subschalen.
1494 • Bourke (2014) vond een significant effect van inspannings- en krachttraining in combinatie met
1495 voedingsadviezen op kwaliteit van leven na 12 weken (FACT-G, gecorrigeerde MD: 8.9 points;
1496 95%CI 3.7–14.2, p=0.001), maar niet na 6 maanden (gecorrigeerde MD: 3.3 points; 95%CI 2.6 tot
1497 9.3, p=0.27).
1498 • Dhillon (2017) vond geen effect van fysieke activiteitstraining op kwaliteit van leven na 6 maanden
1499 (EORTC-QLQ-C30 Global QOL, Fysieke activiteit: 61.21, Standaard zorg: 54.42 (verschil 6.79;
1500 95%CI -4.39 tot 17.97; p=0.23).
1501 • Vanderbyl (2017) vergeleek standaard fysieke trainingen met Qigong bij 36 patiënten met
1502 longkanker of kanker vanuit de gastro-intestinale tractus. Na 6 weken vond hij geen verschil in
1503 kwaliteit van leven (FACT-G: verandering ten opzichte van baseline: standaard training: 3.5 (14.1),
1504 Qigong: 3.6 (6.6), p=0.98).
1505
1506 De twee studies die niet konden worden ingedeeld naar periode van palliatieve zorg rapporteerden
1507 eveneens de kwaliteit van leven:
1508 • Uster (2017) vond geen effect van krachttraining op het beloop van Global health gedurende 3 en 6
1509 maanden na start (EORTC QLQ-C30, beloop gedurende 3 maanden, Interventiegroep: 4.5 (3.4)),
1510 Standaard zorg: 2.7 (4.0); gedurende 6 maanden, 5.7 (3.7), Standaard zorg: 2.7 (4.1);
1511 p=0.72).
1512 • Mayo (2014) berekende het percentage patiënten met een klinisch relevante verbetering in kwaliteit
1513 van leven voor de groepen met en zonder loopinterventie zonder het verschil te testen (EQ-5D
1514 VAS; respons, Tijdens groep: 64%, Na groep: 33%, Controle: 28%).
1515
1516 Samenvattend: twee van de vijf additioneel geïnccludeerde studies waarin een bewegingsinterventie
1517 kwantitatief werd vergeleken (en getoetst) met standaard zorg of een controle interventie vonden een
1518 gunstig effect op kwaliteit van leven.
1519
1520 Effect op fysiek functioneren
1521 *Systematische review*
1522 Dittus (2017) vergeleek functioneren na beweging/lichamelijke training met standaard zorg en vond 4
1523 RCT's [Adamsen 2009, Oldervoll 2011, Cormie 2013, Henke 2014]. Al deze vier RCT's toonden een
1524 significant effect van bewegingstherapie ten opzichte van standaard zorg op fysiek functioneren.

1525 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*

1526 Vier RCT's vergeleken functioneren na beweging/lichamelijke training met functioneren na standaard

1527 zorg. De studies gebruikten hiervoor de QLQ-C30-Fysieke activiteit (2 studies), de activity short form of

1528 de 6 minuten looptest (1 studie).

1529 Twee RCT's includeerden patiënten in de periode van ziektegerichte palliatie:

1530 • Dhillon (2017) vond geen effect van fysieke activiteitstraining op fysiek functioneren na 6 maanden

1531 (EORTC-QLQ-C30 Fysieke activiteit 76.67, Standaard zorg: 73.07; verschil 3.6; 95%CI -5.8 tot

1532 12.99; p=0.45).

1533 • Vanderbyl (2017) vond een significante verbetering in fysiek functioneren ten opzichte van baseline

1534 na 6 maanden (Standaard training: 73.3 (60.1), Qigong: -4.0 (45.7), p=0.002; andere fysieke testen

1535 waren niet verschillend (speed walk, sit-to-stand, reach forward, reach up).

1536

1537 De twee studies die niet konden worden ingedeeld naar de periode van palliatie rapporteerden fysiek

1538 functioneren:

1539 • Uster (2017) vond geen effect van krachttraining op het beloop van fysiek functioneren gedurende 3

1540 en 6 maanden na start (fysiek functioneren, beloop gedurende 3 maanden: fysieke training: 0 (3.3),

1541 Standaard zorg: -8.7 (3.8); gedurende 6 maanden: Fysieke training: -1.2 (3.6), Standaard zorg: -2.0

1542 (4.0); p=0.34).

1543 • Mayo (2014) berekende het percentage patiënten met een klinisch relevante verbetering in fysiek

1544 functioneren voor de groepen met en zonder loopinterventie zonder het verschil te testen (2

1545 minuten looptest, adapted CHAMPS, RAND-36; respons Tijdens groep: 39%, Na groep: 67%,

1546 Controle: 50%).

1547

1548 Samenvattend: één van de drie additioneel geïncludeerde studies waarin een bewegingsinterventie

1549 kwantitatief werd vergeleken (en getoetst) met standaard zorg of een controle interventie vond een

1550 positief effect op fysiek functioneren.

1551

1552 **Conclusies**

1553 Er is conflicterend bewijs van zeer lage kwaliteit (inconsistentie, risk of bias en imprecisie) over het

1554 effect van fysieke training en/of krachttraining in vergelijking met standaardzorg op vermoeidheid bij

1555 patiënten met kanker in de palliatieve fase in het algemeen en ook specifiek in de periode van

1556 ziektegerichte palliatie.

1557 [Rief 2014, Bourke 2014, Dittus 2017, Pyszora 2017, Dhillon 2017, Uster 2017, Mayo 2014]

1558

1559 Er is conflicterend bewijs van zeer lage kwaliteit (inconsistentie, risk of bias en imprecisie) over het

1560 effect van fysieke training en/of krachttraining in vergelijking met standaardzorg op kwaliteit van leven

1561 bij patiënten met kanker in de palliatieve fase in het algemeen en ook specifiek in de periode van

1562 ziektegerichte palliatie.

1563 [Dittus 2017, Rief 2014, Bourke 2014, Vanderbyl 2017, Dhillon 2017, Uster 2017, Mayo 2014]

1564

1565 Er is geen literatuur voorhanden die het effect analyseert van fysieke training en/of krachttraining in

1566 vergelijking met standaard zorg op kwaliteit van leven bij patiënten met kanker in specifiek de periode

1567 van symptoomgerichte palliatie.

1568

1569 Er is conflicterend bewijs van zeer lage kwaliteit (inconsistentie, risk of bias en imprecisie) over het

1570 effect van fysieke training en/of krachttraining in vergelijking met standaardzorg op fysiek functioneren

1571 bij patiënten met kanker in de palliatieve fase in het algemeen en ook specifiek in de periode van ziekte-

1572 gerichte palliatie.

[Dittus 2017, Vanderbyl 2017, Dhillon 2017, Uster 2017, Mayo 2014]

1573 Er is geen literatuur voorhanden die het effect analyseert van een interventie met fysieke training en/of
1574 krachtraining in vergelijking met standaard zorg op fysiek functioneren bij patiënten met kanker in
1575 specifiek de periode van symptoomgerichte palliatie.

1576
1577 Algehele kwaliteit van bewijs = zeer laag.

1578 1579 **Overwegingen**

1580 Vanuit de beschreven literatuur is het niet mogelijk om een eenduidig antwoord te geven op de vraag of
1581 beweging/lichamelijke training een gunstig effect heeft op vermoeidheid, kwaliteit van leven en
1582 functioneren bij patiënten met kanker in de palliatieve fase. Belangrijke knelpunten zijn de grote
1583 heterogeniteit in de bestudeerde interventies, zowel wat betreft type als duur en intensiteit. Daarnaast
1584 hebben veel studies, mede door voortijdig uitval, onvoldoende power bereikt, dan wel zijn meerdere
1585 studies opgezet als pilot studie. Ook hebben de meeste studies vermoeidheid niet als inclusiecriteria
1586 gebruikt, waardoor niet alle patiënten bij start matig-ernstig vermoeid waren.

1587 In zo'n 30-50% van de studies is er een significant effect gevonden van beweging/lichamelijk activiteit
1588 op vermoeidheid, kwaliteit van leven en fysiek functioneren. Een Cochrane review naar het effect van
1589 bewegingstherapie tijdens en na een, veelal in opzet curatieve, behandeling van kanker toonde een
1590 positief effect van met name fysieke training op vermoeidheid [Cramp 2012].

1591 Een andere Cochrane review toonde een positief effect van een bewegingsinterventie op kwaliteit van
1592 leven in een heterogene groep patiënten tijdens actieve behandeling van kanker [Mishra 2012]. Deze
1593 review bevatte zowel studies die verricht zijn in de curatieve als de palliatieve setting.

1594 De richtlijn [Medische Specialistische Revalidatie bij Oncologie](#) adviseert bewegingstherapie bij
1595 patiënten tijdens en na in opzet curatieve behandeling. De richtlijn sluit daarbij aan bij de adviezen van
1596 de American College of Sports Medicine [Schmitz 2010]. Met de hedendaagse oncologische
1597 behandelingen kan de periode van ziektegerichte palliatie vele jaren duren. Vanwege de genoemde
1598 beperkingen van de beschreven studies is het niet mogelijk alleen de studies te selecteren in een
1599 vroege ziektegerichte periode van de palliatieve fase. De werkgroep is dan ook van mening dat
1600 extrapolatie van de richtlijn Medisch specialistische revalidatie te verdedigen is voor patiënten met
1601 vermoeidheid in de vroege periode van de ziektegerichte palliatie. Voor patiënten met vermoeidheid en
1602 functionele beperking op het gebied van inspanning, zoals bijvoorbeeld lopen of trap lopen, adviseert de
1603 werkgroep aerobe training; voor patiënten met meervoudige problematiek verwijzing naar een
1604 revalidatiearts. Daarnaast adviseert de werkgroep patiënten om dagelijks te bewegen op geleide van de
1605 individuele fysieke mogelijkheden en de adviezen in de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.
1606 Ter ondersteuning van een beweeginterventie of lichamelijke activiteit adviseert de werkgroep gebruik
1607 te maken van gezonde voeding. Specifieke adviezen voor energie, koolhydraten, eiwit en vitamine D bij
1608 beweging en training zijn terug te vinden in de richtlijn [Algemene Voedings- en Dieetbehandeling](#) op
1609 Oncoline, onder het kopje Beweging en training.

1610 1611 **Referenties**

- 1612 1. Adamsen L, Quist M, Andersen C, et al. Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in
1613 cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2009;339:b3410
- 1614 2. Albrecht TA, Taylor AG. Physical activity in patients with advanced-stage cancer: a systematic
1615 review of the literature. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(3):293-300.
- 1616 3. Beaton R, Pagdin-Friesen W, Robertson C, et al. Effects of exercise intervention on persons with
1617 metastatic cancer: a systematic review. *Physiother Can*. 2009;61(3):141-53.
- 1618 4. Bourke L, Gilbert S, Hooper R, et al. Lifestyle changes for improving disease-specific quality of life
1619 in sedentary men on long-term androgen-deprivation therapy for advanced prostate cancer: a
1620 randomised controlled trial. *Eur Urol*. 2014;65(5):865-72.
- 1621 5. Brown P, Clark MM, Atherton P, et al., 2006. Will improvement in quality of life (QOL) impact fatigue
1622 in patients receiving radiation therapy for advanced cancer? *Am. J. Clin. Oncol*. 2006;29, 52–58.
- 1623 6. Chevillat AL, Girardi J, Clark MM, et al. Therapeutic exercise during outpatient radiation therapy for
1624 advanced cancer: Feasibility and impact on physical well-being. *Am J Phys Med Rehabil*.
1625 2010;89(8):611-9.

- 1626 7. Cheville AL, Kollasch J, Vandenberg J, et al. A home-based exercise program to improve function,
1627 fatigue, and sleep quality in patients with Stage IV lung and colorectal cancer: a randomized
1628 controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(5):811-21.
- 1629 8. Cormie P, Newton RU, Spry N, et al. Safety and efficacy of resistance exercise in prostate cancer
1630 patients with bone metastases. *Prostate cancer and prostatic diseases*. 2013;16(4):328-35.
- 1631 9. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults (Review).
1632 *Cochrane Database Syst Rev* 2012;Nov 14 (11):. CD006145.
- 1633 10. Dhillon HM, Bell ML, van der Ploeg HP, et al. Impact of Physical Activity on Fatigue and Quality of
1634 Life in People with Advanced Lung Cancer: a Randomised Controlled Trial. *Annals of oncology* :
1635 official journal of the European Society for Medical Oncology. 2017.
- 1636 11. Dittus KL, Gramling RE, Ades PA. Exercise interventions for individuals with advanced cancer: A
1637 systematic review. *Prev Med*. 2017;104:124-132.
- 1638 12. Headly JA, Ownby KK, John LD. The effect of seated exercise on fatigue and quality of life in
1639 women with advanced breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(5):977-983.
- 1640 13. Henke CC, Cabri J, Fricke L, et al. Strength and endurance training in the treatment of lung cancer
1641 patients in stages IIIA/IIIB/IV. *Support Care Cancer* 2014;22:95–101
- 1642 14. Hwang CL, Yu CJ, Shih JY, Yang, PC, Wu YT. Effects of exercise training on exercise capacity in
1643 patients with non-small cell lung cancer receiving targeted therapy. *Support Care Cancer*
1644 2012;20:3169–3177.
- 1645 15. Jensen W, Baumann FT, Stein A, et al. Exercise training in patients with advanced gastrointestinal
1646 cancer undergoing palliative chemotherapy: a pilot study. *Supportive care in cancer* : official journal
1647 of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2014;22(7):1797-806.
- 1648 16. Ligibel JA, Giobbie-Hurder A, Shockro L, et al. Randomized trial of a physical activity intervention in
1649 women with metastatic breast cancer. *Cancer*. 2016;122(8):1169-77.
- 1650 17. Litterini AJ, Fieler VK, Cavanaugh JT, et al. Differential effects of cardiovascular and resistance
1651 exercise on functional mobility in individuals with advanced cancer: a randomized trial. *Archives of*
1652 *physical medicine and rehabilitation*. 2013;94(12):2329-35.
- 1653 18. Lopez-Sendin N, Albuquerque-Sendin F, Cleland JA, et al. Effects of physical therapy on pain and
1654 mood in patients with terminal cancer: a pilot randomized clinical trial. *J Altern Complement Med*
1655 (New York, NY). 2012;18(5):480-6.
- 1656 19. Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in
1657 palliative cancer patients: a systematic review. *J. Support Oncol*. 2009;7(1):27-34.
- 1658 20. Mayo NE, Moriello C, Scott SC, et al. Pedometer-facilitated walking intervention shows promising
1659 effectiveness for reducing cancer fatigue: a pilot randomized trial. *Clin Rehabil*. 2014;28(12):1198-
1660 209.
- 1661 21. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions
1662 on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database*
1663 *Syst Rev* 2012, Aug 15 (8): CD008465.
- 1664 22. Oldervoll LM, Loge JH, Lydersen S, et al. Physical exercise for cancer patients with advanced
1665 disease: a randomized controlled trial. *The oncologist*. 2011;16(11):1649-57.
- 1666 23. Pyszora A, Budzynski J, Wojcik A, et al. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with
1667 advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Supportive care in cancer* :
1668 *Support Care Cancer*. 2017;25(9):2899-908.
- 1669 24. Rief H, Akbar M, Keller M, et al. Quality of life and fatigue of patients with spinal bone metastases
1670 under combined treatment with resistance training and radiation therapy- a randomized pilot trial.
1671 *Radiat Oncol Investig*. 2014;9:151.
- 1672 25. Salakari MR, Surakka T, Nurminen R, et al. Effects of rehabilitation among patients with advanced
1673 cancer: a systematic review. *Acta Oncol*. 2015;54(5):618-28.
- 1674 26. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C et al. American College of Sports Medicine roundtable on
1675 exercise 1662 guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*. 2010;42(7):1409-26.
- 1676 27. Schuler MK, Hentschel L, Kisel W, et al. 017. Impact of different exercise programs on severe
1677 fatigue in patients undergoing anticancer treatment - a randomized controlled trial. *J Pain Symptom*
1678 *Manag*. 2017;53:57–66.

- 1679 28. Tsianakas V, Harris J, Ream E, et al. CanWalk: a feasibility study with embedded randomised
1680 controlled trial pilot of a walking intervention for people with recurrent or metastatic cancer. *BMJ*
1681 *Open* 2017;7(2):e013719.
- 1682 29. Uster A, Ruehlin M, Mey S, et al. Effects of nutrition and physical exercise intervention in palliative
1683 cancer patients: A randomized controlled trial. *Clin Nutr.* 2017.
- 1684 30. Vanderbyl B, Mayer M, Nash C, et al. A comparison of the effects of medical Qigong and standard
1685 exercise therapy on symptoms and quality of life in patients with advanced cancer. *Support Care*
1686 *Cancer.* 2017;25(6):1749-58.

1689 4.3 Medicamenteuze behandeling

1691 **Inleiding**

1692 Patiënten met gevorderde kanker in de palliatieve fase met matige of ernstige vermoeidheid hebben
1693 mogelijk baat bij een medicamenteuze behandeling om de klachten van vermoeidheid te verminderen
1694 en de kwaliteit van leven of het fysiek functioneren te verbeteren. Voor corticosteroiden (dexamethason,
1695 prednison, methylprednison), psychostimulantia (methylfenidaat, dexamfetamine, modafinil) en
1696 antidepressiva (paroxetine, sertraline) zijn de werkzaamheid en veiligheid bij de behandeling van
1697 kanker-gerelateerde vermoeidheid in de palliatieve fase in diverse klinische studies onderzocht. Ook
1698 werd onderzocht wat het effect van deze geneesmiddelen is op de kwaliteit van leven en het
1699 functioneren in deze patiëntengroep. In de onderstaande beschrijving van studies zal indien mogelijk
1700 een onderscheid worden gemaakt in de verschillende palliatieve zorg fasen (periode van ziektegerichte-
1701 , symptoomgerichte-, en terminale palliatie).

1703 4.3.1 Corticosteroiden

1705 **Uitgangsvraag**

1706 *Wat is het effect van corticosteroiden (dexamethason, predniso(lo)n, methylprednisolon) op*
1707 *vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren ten opzichte van placebo, geen behandeling of*
1708 *andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?*

1710 Methodiek: evidence based (GRADE)

1712 **Aanbevelingen**

1713 Bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase:

- 1714 • Overweeg behandeling met 8 mg dexamethason bij ernstige vermoeidheidsklachten in de terminale
1715 fase voor wie andere, op de oorzaak gerichte, interventies niet (meer) voorhanden zijn.
- 1716 • Stop de behandeling met corticosteroiden na een week indien er geen effect is opgetreden.
- 1717 • Weeg zorgvuldig het beoogde effect op vermoeidheid en kwaliteit van leven en mogelijke
1718 bijwerkingen af.

- 1719 **Literatuurbespreking**
- 1720 Beschrijving van de studies
- 1721 *Systematische review*
- 1722 De Cochrane review van Mücke (2015) over het effect van farmacologische behandelingen op
- 1723 vermoeidheid bij patiënten in de palliatieve fase actualiseerde en combineerde twee bestaande reviews
- 1724 [Minton 2010. Peuckmann 2010]. Twee geïnccludeerde studies onderzochten het effect van
- 1725 corticosteroïden: één studie het effect van methylprednisolon bij 403 patiënten [Della Cuna1989]; één
- 1726 studie het effect van dexamethason bij 84 patiënten [Yennurajalingam 2013].
- 1727
- 1728 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*
- 1729 Tussen 2007 en 2016 zijn vier additionele gerandomiseerde studies (RCT's) gepubliceerd, waarin
- 1730 corticosteroïden zijn onderzocht bij patiënten met vermoeidheid in de palliatieve fase [Mercadante 2007,
- 1731 Chow 2015, Paulsen 2014, Eguchi 2015]. De studies includeerden patiënten op verschillende
- 1732 momenten in de palliatieve fase: in de periode van ziektegerichte- en mogelijk symptoomgerichte
- 1733 palliatie [Paulsen 2014], symptoomgerichte palliatie [Eguchi 2015]; terminale palliatie [Mercadante
- 1734 2007] of de specifieke periode was onbekend [Chow 2015].
- 1735
- 1736 Kwaliteit van het bewijs
- 1737 De Cochrane review van Mücke (2015) scoort op 10 van de 11 items van de AMSTAR score een laag
- 1738 risico op bias. Op de domeinen van de 'Cochrane 'Risk of bias' beoordeling scores Chow (2015),
- 1739 Paulsen (2014) en Eguchi (2015) een laag risico op alle items [Chow 2015, Paulsen 2014, Eguchi
- 1740 2015]. De studie van Mercadante (2007) scoort een laag risico op bias op slechts 2 items (niet placebo-
- 1741 gecontroleerd; randomisatie techniek niet adequaat beschreven; uitvalspercentage $\geq 20\%$) [Mercadante
- 1742 2007].
- 1743
- 1744 Effect op vermoeidheid
- 1745 *Systematische review*
- 1746 Methylprednisolon
- 1747 In de Cochrane review werd niet gerapporteerd over het effect van methylprednisolon op vermoeidheid.
- 1748
- 1749 Dexamethason
- 1750 Yennurajalingam (2013) vergeleek 8 mg dexamethason gedurende 14 dagen met placebo in 84
- 1751 patiënten met kanker in een gevorderd stadium en ten minste drie symptomen met een intensiteit van
- 1752 ≥ 4 op de 0-10 *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) [Yennurajalingam 2013]. Met deze
- 1753 criteria beoogden de onderzoekers patiënten te includeren met matig-ernstige symptomen binnen het
- 1754 zogenaamde cancer related fatigue cluster. Zij gebruikten de *Functional Assessment of Chronic Illness*
- 1755 *Therapy - Fatigue scale* (FACIT-F) en vonden een significant verschil op dag 8 in het voordeel van
- 1756 dexamethason ten opzichte van placebo: 8.01 (SD 7.81) en 3.06 (SD 7.28) respectievelijk ($p=0.005$).
- 1757 Ook op dag 15 was er een significant verschil in het voordeel van dexamethason: 9.0 (SD 10.30) en 3.1
- 1758 (9.59) in de placebogroep; $p= 0.008$). Op de ESAS vermoeidheidsschaal werden op dag 8 en 15 geen
- 1759 significante verschillen gevonden.
- 1760
- 1761 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*
- 1762 De studie van Mercadante (2007) zal vanwege de lage score op de 'Cochrane 'Risk of bias' niet
- 1763 besproken worden.
- 1764 • Chow (2015) vergeleek gedurende 5 dagen 8 mg dexamethason met placebo in 298 patiënten die
- 1765 verwezen werden voor eenmalige palliatieve radiotherapie vanwege pijnlijke botmetastasen
- 1766 (onbekend welke palliatieve fase). Vermoeidheid was een secundaire uitkomstmaat in deze studie.
- 1767 Er werd geen verschil in effect op vermoeidheid gevonden tussen beide groepen op dag 10
- 1768 gemeten met de EORTC QLQ-C15-PAL.
- 1769

- 1770 • Paulsen (2014) vergeleek het effect van 7 dagen methylprednisolon 32 mg met placebo op pijn,
1771 vermoeidheid en eetlust bij 47 patiënten met gevorderde kanker die opioïden gebruikten voor pijn
1772 (NRS ≥ 4). Er werden patiënten geïncludeerd met en zonder ziektegerichte therapie. Vermoeidheid
1773 was een secundaire uitkomstmaat in deze studie. Meetinstrument: EORTC-QLQ-C30. Op dag 7
1774 werd voor methylprednisolon een klinisch en statistisch significante afname in scores gevonden ten
1775 opzichte van baseline; de score was -16.7 (95%CI - 27.0 tot -6.3 in de methylprednisolon groep en
1776 3.3 (95%CI -4.5 tot 11.1) in de placebogroep (p=0.003).
- 1777 • In een pilotstudie vergeleek Eguchi (2015) het effect op vermoeidheid van 7 dagen
1778 methylprednisolon, 32 mg, met placebo in 35 patiënten met kanker in een vergevorderd stadium
1779 met een levensverwachting van langer dan 4 maanden en opgenomen in een ziekenhuis
1780 (symptoomgerichte palliatie). Meetinstrument: *Visual Analogue Scale* (VAS) voor vermoeidheid. Zij
1781 vonden geen significant verschil op dag 7 tussen beide groepen.

1782 Effect op kwaliteit van leven

1783 *Systematische review*

1784 *Methylprednisolon*

1785 Della Cuna (1989) vergeleek het effect van een hoge dosis methylprednisolon (125 mg/dag) op kwaliteit
1786 van leven met placebo bij patiënten met kanker in een pre-terminaal stadium. Omdat het verschil tussen
1787 beide groepen niet werd gemeten met een *self-assessment* instrument, maar met behulp van *nursing-*
1788 *assessment*, zal deze studie verder niet besproken worden.

1789 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*

1790 Twee RCT's vergeleken het effect van dexamethason of methylprednison met placebo op kwaliteit van
1791 leven van patiënten met kanker in de palliatieve fase.

- 1792 • Yennurajalingam (2013) vond een significante verbetering in FACIT-F totaal kwaliteit van leven
1793 scores op dag 15 voor dexamethason ten opzichte van placebo (p=0.03).
- 1794 • Eguchi (2015) gebruikte de *quality of life questionnaire for cancer patients treated with anticancer*
1795 *drugs* (QoL-ACD) en vond geen significante verschillen tussen methylprednisolon en placebo.

1796 Effect op functioneren

1797 Twee RCT's vergeleken het effect van dexamethason op het functioneren van patiënten met kanker in
1798 de palliatieve fase met placebo.

- 1799 • Yennurajalingam (2013) gebruikte de FACIT functionele score en vond geen significante verschillen
1800 in functioneren tussen dexamethason en placebo.
- 1801 • Chow (2015) gebruikte de EORTC QLQ-C15-PAL Physical en vond geen significante verschillen
1802 tussen dexamethason en placebo op dag 10 ten opzichte van baseline waardes.

1803 Bijwerkingen

1804 Alle RCT's rapporteerden bijwerkingen, maar geen enkele studie vond significante verschillen in
1805 incidentie van graad ≥ 3 bijwerkingen tussen corticosteroïden en placebo.

1810 **Conclusies**

1811 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit (inconsistentie, risk of bias en onnauwkeurigheid) dat een
1812 kortdurende behandeling (maximaal 14 dagen) met dexamethason (8 mg) in vergelijking met placebo
1813 tot minder vermoeidheid leidt bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
1814 [Yennurajalingam 2013, Chow 2015]

1815
1816 Er is bewijs van lage kwaliteit (risico op bias, publicatiebias) dat een kortdurende behandeling
1817 (maximaal 14 dagen) met dexamethason (8 mg) in vergelijking met placebo tot betere kwaliteit van
1818 leven leidt bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
1819 [Yennurajalingam 2013]

1820
1821 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit (inconsistentie, indirectheid en onnauwkeurigheid) dat een
1822 kortdurende behandeling (maximaal 14 dagen) met dexamethason (8 mg) in vergelijking met placebo
1823 geen effect heeft op functioneren van patiënten met kanker in de palliatieve fase.
1824 [Yennurajalingam 2013, Chow 2015]

1825
1826 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit (inconsistentie, indirectheid en onnauwkeurigheid) dat een
1827 behandeling met methylprednisolon in vergelijking met placebo leidt tot minder vermoeidheid bij
1828 patiënten met kanker in de palliatieve fase.
1829 [Paulsen 2014, Eguchi 2015]

1830
1831 Er is bewijs van lage kwaliteit (risico op bias, publicatiebias) dat een behandeling met methylprednisolon
1832 in vergelijking met placebo geen effect heeft op kwaliteit van leven bij patiënten met kanker in de
1833 palliatieve fase.
1834 [Eguchi 2015]

1835
1836 Algehele kwaliteit van bewijs = zeer laag.

1837
1838 **Overwegingen**

1839 De werkgroep beoordeelt de studies van Yennurajalingam (2013) en Paulsen (2014), als meest relevant
1840 voor de beoordeling van het effect van corticosteroïden op vermoeidheid. Van deze twee studies was
1841 alleen de studie van Yennurajalingam (2013) primair gericht op het verminderen van de ervaren
1842 vermoeidheid. Patiënten waren bij start van de studie ook daadwerkelijk vermoeid met een gemiddelde
1843 score van vermoeidheid op de ESAS van 7.05 (SD 1.89). De studie van Paulsen (2014) was primair
1844 gericht op het verminderen van pijn. Patiënten waren bij inclusie echter wel duidelijk vermoeid met een
1845 gemiddelde score van 77.1 (95%CI 68.3-85.9) op een EORTC schaal (0-100) voor de patiënten die met
1846 methylprednisolon behandeld werden en 67.2 (95%CI 56.3-78.2-1) voor de met placebo behandelde
1847 patiënten. De werkgroep is daarom van mening dat deze studie relevant is voor de beoordeling van het
1848 effect van methylprednisolon. In de studie van Chow (2015) waren patiënten bij start van de studie
1849 duidelijk minder vermoeid dan in de studies van Yennurajalingam (2013) en Paulsen (2014) met een
1850 gemiddelde score op een EORTC schaal van 45.2 (SD 27.9) en 48.0 (SD 27.3) bij patiënten die
1851 respectievelijk met dexamethason en placebo behandeld werden. De studie van Eguchi (2015) wordt
1852 als minder relevant beoordeeld vanwege te lage power. De twee meest relevante studies zijn beide
1853 positief voor wat betreft het effect van corticosteroïden op vermoeidheid. Theoretisch zijn er geen
1854 redenen om een verschil in effectiviteit tussen dexamethason of methylprednisolon te verwachten.
1855 Omdat methylprednisolon echter niet in orale toedieningsvorm verkrijgbaar is in Nederland, adviseert de
1856 werkgroep gebruik te maken van dexamethason voor de vermindering van vermoeidheid bij patiënten
1857 met kanker in de palliatieve fase.

1858 Beide studies hebben het effect van corticosteroïden bestudeerd na een korte duur van de behandeling:
1859 Yennurajalingam (2013) heeft het effect na 15 dagen gemeten, Paulsen (2014) na 7 dagen. Over het
1860 algemeen wordt aangenomen dat het effect van corticosteroïden op vermoeidheid en welbevinden
1861 tijdelijk is. Een oudere studie met een niet gecontroleerde open-label behandeling met
1862 methylprednisolon gedurende 3 weken na een dubbelblinde behandeling gedurende 2 weken liet zien
1863 dat terminale patiënten gedurende de weken dat zij methylprednisolon gebruiken weer toenemend
1864 klachten ontwikkelen [Bruera 1985]. Daarbij geven corticosteroïden juist bijwerkingen wanneer zij
1865 langdurig worden gebruikt. De werkgroep adviseert dan ook het gebruik van corticosteroïden ter
1866 vermindering voor vermoeidheid te reserveren voor patiënten met ernstige vermoeidheidsklachten in de
1867 terminale fase voor wie andere, op de oorzaak gerichte, interventies niet (meer) voorhanden zijn. Dit
1868 advies komt overeen met het advies in de NCCN richtlijn (2017). Omdat corticosteroïden een snel effect
1869 hebben, adviseert de werkgroep eveneens om de behandeling te staken indien er na behandeling van 7
1870 dagen geen verbetering is opgetreden.

1871

1872 **Referenties**

- 1873 1. Bruera E, Roca E, Cedaro L, Carraro S, Chacon R. Action of oral methylprednisolone in terminal
1874 cancer patients: a prospective randomized double-blind study. *Cancer Treatment Reports* 1985; 69:
1875 751-4.
- 1876 2. Cancer-related fatigue. Version 2.2017 – April 10, 2017. NCCN clinical practice guidelines in
1877 oncology. NCCN.org.
- 1878 3. Chow E, Meyer RM, Ding K, et al. Dexamethasone in the prophylaxis of radiation-induced pain flare
1879 after palliative radiotherapy for bone metastases: a double-blind, randomised placebo-controlled,
1880 phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2015 Nov;16(15):1463-72.
- 1881 4. Della Cuna GR, Pellegrini A, Piazzini M. Effect of methylprednisolone sodium succinate on quality of
1882 life in preterminal cancer patients: a placebo-controlled, multicenter study. The Methylprednisolone
1883 Preterminal Cancer Study Group. *Eur J Cancer Clin Oncol.* 1989;25(12):1817-21
- 1884 5. Eguchi K, Honda M, Kataoka T, et al. Efficacy of corticosteroids for cancer-related fatigue: A pilot
1885 randomized placebo-controlled trial of advanced cancer patients. *Palliat Support Care.*
1886 2015;13(5):1301-8.
- 1887 6. Mercadante SL, Berchovich M, Casuccio A, et al. A prospective randomized study of corticosteroids
1888 as adjuvant drugs to opioids in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2007;24(1):13-9.
- 1889 7. Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al. Drug therapy for the management of cancer-related
1890 fatigue. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(7):Cd006704.
- 1891 8. Mücke M, Cuhls H, Peuckmann-Post V, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated
1892 with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(5):Cd006788.
- 1893 9. Peuckmann V, Elsner F, Krumm N, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with
1894 palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(11):Cd006788.
- 1895 10. Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and
1896 appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled,
1897 double-blind trial. *Journal of clinical oncology : J Clin Oncol.* 2014;32(29):3221-8.
- 1898 11. Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, et al. Reduction of cancer-related fatigue with
1899 dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced
1900 cancer. *Journal of clinical oncology : J Clin Oncol.* 2013;31(25):3076-82.

1901 **4.3.2 Psychostimulantia**

1902

1903 **Uitgangsvraag**

1904 *Wat is het effect van psychostimulantia op vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren ten*
1905 *opzichte van placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met*
1906 *vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?*

1907

1908 Methodiek: evidence based (GRADE)

1909

1910 **Aanbevelingen**

1911 Bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase:

- 1912 • Overweeg behandeling met methylfenidaat bij tevens aanwezige depressie en korte
- 1913 levensverwachting waarvoor inzet van reguliere antidepressiva niet zinvol wordt geacht.
- 1914 • Weeg daarbij zorgvuldig de kans op bijwerkingen af, zoals hypertensie, tachycardie en onrust.
- 1915 • Schrijf geen psychostimulantia voor ter vermindering van vermoeidheid bij patiënten zonder
- 1916 bijkomende depressieve klachten.

1917

1918 **Literatuurbespreking**

1919

1920 Beschrijving van de studies

1921 *Systematische review*

1922 De Cochrane review van Mücke (2015) over het effect van farmacologische behandelingen op
1923 vermoeidheid bij patiënten in de palliatieve fase actualiseerde en combineerde twee bestaande reviews
1924 [Peuckmann 2010, Minton 2010].

1925

1926 De review includeerde vijf placebo-gerandomiseerde studies waarin het effect van methylfenidaat werd
1927 onderzocht bij in totaal 402 patiënten met kanker [Bruera 2006, Butler 2007, Escalante 2014, Moraska
1928 2010, Roth 2010]. Omdat in de studie van Moraska ongeveer 45% van de patiënten curatief werd
1929 behandeld, wordt deze studie verder niet meegenomen in de beoordeling. Daarnaast werd een kleine
1930 studie beschreven waarin methylfenidaat werd onderzocht bij 30 hospice patiënten [Kerr 2012]. Omdat
1931 bij 26 patiënten in deze studie de diagnose kanker werd gesteld, zullen deze resultaten worden
1932 meegenomen in de literatuurbespreking.

1933 Tevens bevatte de review twee RCT's waarin modafinil werd onderzocht bij in totaal 1085 patiënten met
1934 kanker [Jean Pierre 2010, Spathis 2014] en één RCT waarin het effect van dexamfetamine werd
1935 onderzocht bij 39 patiënten met kanker [Auret 2009]. In de Cochrane review werd geen onderscheid
1936 gemaakt tussen de verschillende palliatieve fasen.

1937

1938 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studies*

1939 Tussen 2009 en 2016 zijn drie additionele RCT's gepubliceerd, waarin psychostimulantia zijn
1940 onderzocht bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase [Hovey 2014, Bruera 2013,
1941 Lundorff 2013]. Eén studie includeerde patiënten in de periode van ziektegerichte palliatie [Hovey
1942 2014]; de palliatieve fase kon niet gespecificeerd worden in de twee andere studies [Bruera 2013,
1943 Lundorff 2013].

1944

1945 Kwaliteit van het bewijs

1946 De Cochrane review van Mücke (2015) scoort op 10 van de 11 items van de AMSTAR score een laag
1947 risico op bias. De additionele RCT's scoren op 6 van de 7 domeinen van de 'Cochrane 'Risk of bias'
1948 beoordeling een laag risico op bias.

- 1949 Effect op vermoeidheid
- 1950 Systematic review
- 1951 Methylfenidaat
- 1952 • In de studie van Bruera (2006) werden 112 patiënten gerandomiseerd tussen 5 mg methylfenidaat
- 1953 of placebo, zo nodig om de 2 uur (maximaal vier capsules per dag) gedurende 7 dagen.
- 1954 Vermoeidheid werd gemeten met de Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Fatigue
- 1955 scale (FACIT-F) en het Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) op baseline en op dag 8,
- 1956 15 en 36. De FACIT-F-vermoeidheidssubscore op dag 8 werd als het primaire eindpunt beschouwd.
- 1957 Er was geen significant verschil in verbetering van vermoeidheid tussen beide groepen gemeten
- 1958 met FACIT-F ($p=0.31$) of ESAS ($p=0.14$).
- 1959 • Butler (2007) randomiseerde 68 patiënten met primaire hersentumoren of hersenmetastasen die
- 1960 behandeld werden met radiotherapie tussen methylfenidaat of placebo. De startdosering van
- 1961 methylfenidaat was 2 maal daags 5 mg en werd verhoogd tot maximaal 15 mg tweemaal daags.
- 1962 Het primaire eindpunt was vermoeidheid gemeten met de FACT-F. Deze werd bij start van de
- 1963 radiotherapie en 4, 8, en 12 weken na beëindiging hiervan afgenomen. Er was geen significant
- 1964 verschil tussen beide groepen in de primaire, multivariate analyse.
- 1965 Binnen de Cochrane review is een meta-analyse van de studies van Bruera (2006) en Butler (2007)
- 1966 uitgevoerd waarbij het gestandaardiseerde gemiddelde verschil (SDM) in het beloop van
- 1967 vermoeidheid is berekend. Er werd een licht superieur effect van methylfenidaat ten opzichte van
- 1968 placebo gevonden (SMD; 0.49, 95%CI 0,15 tot 0.83). Dit positieve resultaat werd vooral bepaald
- 1969 door een significante, berekende relatieve effectgrootte in de studie van Butler (2007). Omdat dit
- 1970 resultaat in tegenspraak is met de primaire en secundaire analyses zoals beschreven in de originele
- 1971 publicatie van Butler, wordt de meta-analyse in de Cochrane review niet meegenomen in de
- 1972 conclusies betreffende het effect van methylfenidaat op vermoeidheid.
- 1973 • Escalante (2014) vergeleek een stabiele dosis methylfenidaat (18 mg) met placebo gedurende 2
- 1974 weken in een studie met cross-over design bij 42 patiënten in de ziektegerichte palliatieve fase. Het
- 1975 primaire eindpunt was de verandering in het niveau van de ergste vermoeidheid op de *Brief Fatigue*
- 1976 *Inventory* (BFI) na 2 weken. De studie werd beëindigd vanwege moeizame inclusie: slechts 33 van
- 1977 in totaal 50 patiënten werden uiteindelijk gerandomiseerd, waardoor de studie onvoldoende power
- 1978 heeft. Er werd geen significant verschil gevonden tussen beide behandelingen.
- 1979 • In de studie van Roth (2010) werden 32 ambulante patiënten met prostaatkanker (periode van
- 1980 ziektegerichte palliatie) gerandomiseerd tussen methylfenidaat (vanaf 5mg/dag, zo nodig te titreren
- 1981 tot max. 30mg/dag) en placebo. Er werd een statistisch significante vermindering van vermoeidheid
- 1982 aangetoond met behulp van de BFI intensiteitsscore ($p=0.03$) en een trend tot verbetering van de
- 1983 BFI totale scores ($p=0.07$).
- 1984 • Kerr (2012) behandelde 30 patiënten in een intra- en extramurale hospicevoorziening (terminale
- 1985 palliatieve fase) met methylfenidaat of placebo, startdosering 2dd 5mg, per 3 dagen te verhogen
- 1986 met 10mg/dag, tot max 40mg/dag. Hij toonde aan dat methylfenidaat superieur was aan placebo
- 1987 gemeten met de *Piper Fatigue Scale* (dag 7 en 14), *Visual Analogue Scale* (VAS) voor
- 1988 vermoeidheid (dag 7 en 14) en de *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (dag 3, 7 en
- 1989 14). Het effect was dosisafhankelijk met een gemiddelde effectieve dosering van 20mg/dag op dag
- 1990 7 en 30mg/dag op dag 14.
- 1991
- 1992 Modafinil
- 1993 • Jean-Pierre (2010) liet in een placebo-gecontroleerde RCT met 877 patiënten (palliatieve fase niet
- 1994 omschreven) zien dat er een significante interactie bestond tussen baseline-vermoeidheid (BFI
- 1995 schaal) en behandeling met modafinil (200 mg/dag), waarbij patiënten met ernstige baseline-
- 1996 vermoeidheid baat hadden bij modafinil, maar patiënten met lichte of matige vermoeidheid niet.

- 1997 • Spathis (2014) onderzocht in een placebo-gecontroleerde RCT het effect van modafinil bij 208
1998 patiënten met niet-kleincellig longcarcinoom (palliatieve fase niet omschreven), en gebruikte
1999 hiervoor de FACIT-F. In deze studie gaven zowel modafinil (100 tot 200 mg/dag) als placebo een
2000 klinisch significante verbetering van de FACIT-F scores. Er was echter geen significant verschil
2001 tussen placebo en modafinil.

Dexamfetamine

- 2002
2003
2004 • Auret (2009) bestudeerde het effect van dexamfetamine (tweemaal daags 10 mg gedurende 8
2005 dagen) in vergelijking met placebo bij een groep van 50 patiënten met (verdenking) op kanker en
2006 vermoeidheid (NRS $\geq 4/10$). Hij vond geen significant effect op vermoeidheid gemeten met behulp
2007 van de MFI.
2008

Additioneel gevonden gerandomiseerde studies

Methylfenidaat

- 2009
2010
2011 • Bruera (2013) vergeleek 2 weken methylfenidaat in een schema van 5 mg, zo nodig iedere 2 uur tot
2012 maximaal 20 mg/dag met placebo in 190 patiënten met kanker in een vergevorderd stadium
2013 (symptoomgerichte palliatieve fase) met additioneel wel of geen telefonische, verpleegkundige
2014 interventie. Meetinstrumenten: FACIT-F, ESAS vermoeidheidscore. Zij vonden geen verschillen in
2015 de mediane FACIT-F score op dag 8 en 15. Ook de ESAS vermoeidheidscore was niet significant
2016 verschillend tussen beide groepen op dag 8 en 15.
2017

Modafinil

- 2018
2019 • Hovey (2014) onderzocht het effect van modafinil I op vermoeidheid bij patiënten met
2020 gemetastaseerd prostaat- of mammacarcinoom, die behandeld werden met docetaxel
2021 chemotherapie. Patiënten met significante docetaxel-gerelateerde vermoeidheid bij aanvang van de
2022 derde chemokuur werden gerandomiseerd tussen modafinil 200 mg/dag of placebo gedurende 15
2023 dagen. Vermoeidheid werd geëvalueerd met de vermoeidheidscomponent van de *MD Anderson*
2024 *Symptom Inventory* (MDASI). Er was geen significant verschil in vermoeidheid tussen beide
2025 groepen.
2026 • Lundorff (2009) vergeleek het effect van modafinil 200 mg/dag met placebo in een cross-over studie
2027 bij patiënten met gevorderde kanker en een vermoeidheidsscore van tenminste 5 op een schaal van
2028 10. Vermoeidheid was een secundaire uitkomst en werd gemeten met de *Edmonton Symptom*
2029 *Assessment System* (ESAS) voor en 4 tot 5 uur na tabletinname. Er was geen significant verschil in
2030 vermoeidheid tussen beide groepen.
2031

Effect op kwaliteit van leven

Gerandomiseerde studies

- 2032
2033
2034 • Spathis (2014) vond geen verschillen tussen modafinil en placebo in *QOL-LAS* scores op dag 28.
2035 • Auret (2009) vond geen significant verschillen in gemiddelde [McGill Quality of Life Questionnaire](#)
2036 (MQOL) scores tussen dexamfetamine en placebo.
2037

Bijwerkingen

- 2038
2039 • Auret (2009) vond een significant hogere incidentie van bijwerkingen in de dexamfetamine groep:
2040 droge mond ($p=0.011$), slapeeloesheid ($p=0.024$), tremor ($p=0.023$), anorexia ($p=0.024$).
2041 • Bruera (2013) vond geen significante verschillen in graad 3 bijwerkingen tussen methylfenidaat en
2042 placebo.
2043 • Roth (2010) vond een hogere incidentie van bijwerkingen in de groep patiënten die met
2044 methylfenidaat werden behandeld: 6/16 patiënten stopten vanwege hypertensie ($n=4$) of
2045 tachycardie ($n=2$).
2046 • Spathis (2014) vond geen significante verschillen in bijwerkingen tussen modafinil en placebo.

2047 Effect op functioneren
2048 Geen onderzoeksgegevens beschikbaar.
2049
2050 **Conclusies**
2051 Er is bewijs van lage kwaliteit (risico op bias, inconsistentie) dat methylfenidaat in vergelijking met
2052 placebo geen effect heeft op vermoeidheid bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
2053 [Bruera 2006, Butler 2007, Escalante 2014, Roth 2010, Kerr 2012, Bruera 2013]
2054
2055 Er is bewijs van hoge kwaliteit dat modafinil in vergelijking met placebo geen effect heeft op
2056 vermoeidheid bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
2057 [JeanPierre 2010, Spathis 2014, Hovey 2014, Lundorff 2009]
2058
2059 Er is bewijs van lage kwaliteit (onnauwkeurigheid, risico op bias) dat dexamfetamine in vergelijking met
2060 placebo geen effect heeft op vermoeidheid bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
2061 [Auret 2009]
2062
2063 Er is geen literatuur voorhanden die het effect analyseert van psychostimulantia in vergelijking met
2064 placebo op het functioneren bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
2065
2066 Er is bewijs van lage kwaliteit (onnauwkeurigheid, risico op bias, publicatiebias) dat psychostimulantia
2067 geen effect hebben op kwaliteit van leven bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
2068 [Auret 2009, Roth 2010, Spathis 2014]
2069
2070 Algehele kwaliteit van bewijs = laag.
2071
2072 **Overwegingen**
2073 De verrichtte placebo-gecontroleerde studies met psychostimulantia zijn heterogeen wat betreft
2074 studiepopulatie, studiedesign en duur van de behandeling. Desalniettemin zijn de bevindingen voor
2075 modafinil duidelijk. Twee grote studies, Jean-Pierre (2010) en Spathis (2014) tonen geen effect van
2076 modafinil aan op de mate van vermoeidheid bij patiënten in de ziekte-gerichte palliatieve fase. De
2077 werkgroep is dan ook van mening dat er geen indicatie bestaat voor modafinil I in de behandeling van
2078 vermoeidheid bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
2079 De studies die verricht zijn met methylfenidaat zijn veel kleiner en tevens met te lage power afgesloten.
2080 Alleen de studie van Bruera (2006) heeft met 107 geïncludeerde patiënten voldoende power bereikt.
2081 Van de zes studies met methylfenidaat zijn vier studies negatief, inclusief de studie van Bruera (2006).
2082 Opvallend was dat twee kleine studies wel een significant effect van methylfenidaat op vermoeidheid
2083 toonden in vergelijking met placebo: de studies van Roth (2010) en Kerr (2012). De werkgroep ziet
2084 geen duidelijke verklaring voor het gemeten effect in de kleine studie van Roth (2010). De studie van
2085 Kerr (2012) onderscheidt zich van de andere studies, omdat 87% van de patiënten uit de methylfenidaat
2086 groep en 60% van de patiënten uit de placebo groep tevens depressief was. Methylfenidaat had daarbij
2087 een snel effect op de depressie en wellicht daardoor op de ervaren vermoeidheid. Bovendien betrof het
2088 patiënten in de terminale palliatieve fase.
2089
2090 De werkgroep ziet dan ook geen indicatie voor het gebruik van psychostimulantia ter vermindering van
2091 vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase in het algemeen. Echter, in geval van depressie en
2092 vermoeidheid kan methylfenidaat overwogen worden. Juist bij patiënten met een korte
2093 levensverwachting in de laatste levensfase kan bewust gekozen worden voor methylfenidaat, omdat
2094 reguliere antidepressiva geen snelle vermindering van depressieve klachten geven.

2095

Referenties

2096

1. Auret KA, Schug SA, Bremner AP, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial assessing the impact of dexamphetamine on fatigue in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(4):613-21.

2097

2098

2099

2. Bruera E, Valero V, Driver L et al. Patient-controlled methylphenidate for cancer fatigue: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol.* 2006;24(13):2073-8.

2100

2101

3. Bruera E, Yennurajalingam S, Palmer JL, et al. Methylphenidate and/or a nursing telephone intervention for fatigue in patients with advanced cancer: a randomized, placebo-controlled, phase II trial. *Journal of clinical oncology: J Clin Oncol.* 2013;31(19):2421-7.

2102

2103

2104

4. Butler JM Jr, Case LD, Atkins J0 et al. A phase III, double-blind, placebo-controlled prospective randomized clinical trial of d-threo-methylphenidate HCl in brain tumor patients receiving radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2007;69(5):1496-501.

2105

2106

2107

5. Chow E, Meyer RM, Ding K, et al. Dexamethasone in the prophylaxis of radiation-induced pain flare after palliative radiotherapy for bone metastases: a double-blind, randomised placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2015;16:1463-1472.

2108

2109

2110

6. Della Cuna GR, Pellegrini A, Piazzini M. Effect of methylprednisone sodium succinate on quality of life in preterminal cancer patients: a placebo-controlled, multicentre study. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1989;25(12):1817-1821.

2111

2112

2113

7. Eguchi K, Honda M, Kataoka T, et al. Efficacy of corticosteroids for cancer-related fatigue: a pilot randomized placebo-controlled trial of advanced cancer patients. *Pall Supp Care* 2015;13:1301-1308.

2114

2115

2116

8. Escalante CP, Meyers C, Reuben JM et al. A randomized, double-blind, 2-period, placebo-controlled crossover trial of a sustained-release methylphenidate in the treatment of fatigue in cancer patients. *Cancer J.* 2014;20(1):8-14.

2117

2118

2119

9. Hovey E, de Souza P, Marx G, et al. Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study of modafinil for fatigue in patients treated with docetaxel-based chemotherapy. *Support Care Cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer.* 2014;22(5):1233-42.

2120

2121

2122

10. Jean-Pierre P, Morrow GR, Roscoe JA et al. A phase 3 randomized, placebo-controlled, double-blind, clinical trial of the effect of modafinil on cancer-related fatigue among 631 patients receiving chemotherapy: a University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program Research base study. *Cancer* 2010;116(14):3513-20.

2123

2124

2125

2126

2127

11. Kerr CW, Drake J, Milch RA et al. Effects of methylphenidate on fatigue and depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(1):68-77.

2128

2129

12. Lundorff LE, Jonsson BH, Sjogren P. Modafinil for attentional and psychomotor dysfunction in advanced cancer: a double-blind, randomised, cross-over trial. *Palliat Med.* 2009;23(8):731-8.

2130

2131

13. Mercadante SL, Berchovich M, Casuccio A, Fulfaro F, Mangione S. A prospective randomized study of corticosteroids as adjuvant drugs to opioids in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2007;24(1):13-19

2132

2133

2134

14. Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al. Drug therapy for the management of cancer-related fatigue. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(7):Cd006704.

2135

2136

15. Moraska AR, Sood A, Dakhil SR, et al. Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study of long-actng methylphenidate for cancer-related fatigue: North Central Cancer treatment Group NCCTG-N-5C7 Trial. *J Clin Oncol* 2010; 28(23):3673-3679.

2137

2138

2139

16. Mücke M, Cuhls H, Peuckmann-Post V, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(5):Cd006788.

2140

2141

17. Paulsen Ø, Klepstad P, Rosland JH, et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *J Clin Oncol* 2014;32(29):3221-3229.

2142

2143

2144

18. Peuckmann V, Elsner F, Krumm N, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(11):Cd006788.

2145

2146

19. Roth AJ, Nelson C, Rosenfeld B, et al. Methylphenidate for fatigue in ambulatory men with prostate cancer. *Cancer.* 2010;116(21):5102-10.

2147

- 2148 20. Spathis A, Fife K, Blackhall F, et al. Modafinil for the treatment of fatigue in lung cancer: results of a
2149 placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *J Clin Oncol*. 2014;32(18):1882-8.
2150 21. Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, et al. Reduction of cancer-related fatigue with
2151 dexamethasone. a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced
2152 cancer. *J Clin Oncol* 2013;31(25):3076-3082.

2153
2154

4.3.3 Antidepressiva

2155
2156
2157

Uitgangsvraag:

2158 *Wat is het effect van antidepressiva op vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren ten opzichte van*
2159 *placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij*
2160 *kanker in de palliatieve fase?*

2161
2162

Methodiek: evidence-based (GRADE)

2163
2164

Aanbevelingen

2165 Schrijf geen antidepressiva voor ter vermindering van vermoeidheid bij patiënten met kanker in de
2166 palliatieve fase zonder dat er sprake is van een bijkomende depressie.

2167
2168

Literatuurbespreking

2169
2170

Beschrijving van de studies:

Systematische review

2171 De Cochrane review van Mücke (2015) over het effect van farmacologische behandelingen op
2172 vermoeidheidsklachten bij patiënten in de palliatieve fase actualiseerde en combineerde twee
2173 bestaande reviews [Peuckmann 2010, Minton 2010]. In de Cochrane review zijn twee studies
2174 geïncludeerd waarin het effect van paroxetine op vermoeidheid werd vergeleken met placebo bij
2175 patiënten in de palliatieve fase [Morrow 2003, Lacasse 2004]. De studie van Lacasse (2004) werd
2176 uitgevoerd bij patiënten met eindstadium COPD en zal daarom niet verder besproken worden.

2177
2178

Additioneel gevonden gerandomiseerde studie

2179 Er werd één additionele gerandomiseerde studie (RCT) gevonden: een multicenter studie van Stockler
2180 (2017) die de SSRI sertraline onderzocht.
2181

2182

Kwaliteit van het bewijs

2183 De Cochrane review van Mücke (2015) scoort op 10 van de 11 items van de AMSTAR score een laag
2184 risico op bias. Stockler (2017) scoort op 6 van de 7 domeinen van de 'Cochrane 'Risk of bias'
2185 beoordeling een laag risico. Er is hoog risico op bias in het domein 'incomplete outcome data'.
2186

2187

Effect op vermoeidheid

2188
2189

Cochrane review

Paroxetine

2190 Morrow (2003) onderzocht het effect van paroxetine (20 mg/dag oraal gedurende 8 weken) op
2191 depressie en vermoeidheid in een placebo-gecontroleerde, gerandomiseerde studie met 549 patiënten
2192 die vermoeidheid rapporteerden tijdens hun tweede chemotherapiecyclus (periode van ziektegerichte
2193 palliatie). De beoordelingen van vermoeidheid werden uitgevoerd tijdens de derde en de vierde cyclus
2194 chemotherapie met behulp van de *Fatigue Symptom Checklist* (FCS) en de *Multi Assessment of*
2195 *Fatigue* (MAF). Er was geen significant effect van paroxetine op vermoeidheid in vergelijking met
2196 placebo bij patiënten die behandeld werden met chemotherapie in de periode van ziektegerichte
2197 palliatie.

2198 *Additioneel gevonden gerandomiseerde studie*
2199 Sertraline
2200 Stockler (2017) randomiseerden 189 patiënten met kanker die met palliatieve intentie behandeld
2201 werden en tenminste één van de symptomen depressie, angst, vermoeidheid en weinig energie
2202 scoorden als $\geq 4/10$, voor sertraline 50 mg/dag of placebo (met name in de periode van de
2203 ziektegerichte palliatie). Patiënten met een vitale depressie werden geëxcludeerd. Van de
2204 geïncludeerde patiënten had 63% last van matige tot ernstige vermoeidheid. De primaire uitkomstmaat
2205 in deze studie was depressie/somberheid; de belangrijkste secundaire uitkomsten waren: angst, en
2206 algehele kwaliteit van leven en vermoeidheid, zoals beoordeeld door de *Functional Assessment of*
2207 *Cancer Therapy: General* (FACT-G), de *Functional Assessment of Cancer Therapy: Fatigue* (FACT-F),
2208 de *Spitzer Quality of Life Index* (SQLI). Sertraline had geen effect op vermoeidheid (FACT-F 0.3 [95%
2209 CI -4.3 to 4.9]), overall kwaliteit van leven (FACT-G 1.7 [95%CI -1.3 to 4.7]), of in de beoordeling door
2210 artsen (SQLI 2.0 [95%CI -2.5 to 6.5]). Het 95%CI heeft een klinisch significant voordeel uitgesloten voor
2211 alle belangrijke resultaten.
2212
2213 Effect op kwaliteit van leven
2214 Sertraline had geen significant effect op kwaliteit van leven in de studie van Stockler (2017), (FACT-G
2215 1.7 (95%CI -1.3 to 4.7)).
2216
2217 Effect op functioneren
2218 Geen onderzoeksgegevens beschikbaar.
2219
2220 Bijwerkingen
2221 Sertraline werd in de studie van Stockler (2017) vanwege bijwerkingen vaker en eerder gestaakt dan
2222 placebo (hazard ratio 1.46 [1.03-2.06], $p=0.03$).
2223
2224 **Conclusies**
2225 Er is bewijs van lage kwaliteit (indirectheid, onnauwkeurigheid) dat antidepressiva (paroxetine en
2226 sertraline) in vergelijking tot placebo geen effect hebben op vermoeidheid bij patiënten met kanker in de
2227 periode van ziektegerichte palliatie.
2228 [Morrow 2003, Stockler 2007]
2229
2230 Er is bewijs van zeer lage kwaliteit (indirectheid, onnauwkeurigheid, publicatiebias) dat sertraline in
2231 vergelijking met placebo geen effect heeft op de kwaliteit van leven bij patiënten met kanker in de
2232 periode van ziektegerichte palliatie.
2233 [Stockler 2007]
2234
2235 Er is geen literatuur voorhanden die het effect analyseert van antidepressiva in vergelijking tot placebo
2236 op het functioneren bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.
2237
2238 Er is geen literatuur voorhanden die het effect analyseert van antidepressiva in vergelijking tot placebo
2239 op vermoeidheid, functioneren en kwaliteit van leven bij patiënten met kanker in de periode van
2240 symptoomgerichte palliatie.
2241
2242 De algehele kwaliteit van bewijs = zeer laag.

2243 **Overwegingen**

2244 De onderzochte antidepressiva paroxetine en sertraline hebben in vergelijking met placebo geen effect
2245 op vermoeidheid bij patiënten met kanker zonder tekenen van een vitale depressie in de palliatieve
2246 fase. De werkgroep is daarom van mening dat men antidepressiva niet dient voor te schrijven voor
2247 vermoeidheid.

2248

2249 **Referenties**

- 2250 1. Mücke M, Cuhls H, Peuckmann-Post V, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated
2251 with palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2015(5):Cd006788.
- 2252 2. Peuckmann V, Elsner F, Krumm N, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with
2253 palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2010(11):Cd006788.
- 2254 3. Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al. Drug therapy for the management of cancer-related
2255 fatigue. Cochrane Database Syst Rev. 2010(7):Cd006704.
- 2256 4. Morrow GR¹, Hickok JT, Roscoe JA et al. Differential effects of paroxetine on fatigue and
2257 depression: a randomized, double-blind trial from the University of Rochester Cancer Center
2258 Community Clinical Oncology Program. J Clin. Oncol. 2003;21(24): 4635-41.
- 2259 5. Lacasse Y¹, Beaudoin L, Rousseau L et al. Randomized trial of paroxetine in end-stage COPD.
2260 Monaldi Arch Chest Dis. 2004;61(3):140-7.
- 2261 6. Stockler MR, O'Connell R, Nowak AK, et al. Effect of sertraline on symptoms and survival in
2262 patients with advanced cancer, but without major depression: a placebo-controlled double-blind
2263 randomised trial. The Lancet Oncology. 2007;8(7):603-12.

2264 5. SAMENVATTING

2265

2266 Inleiding

2267 **Vermoeidheid bij kanker** is een onaangenaam, aanhoudend, subjectief gevoel van lichamelijke,
2268 emotionele en/of cognitieve uitputting gerelateerd aan kanker of aan de behandeling ervan; dat
2269 interfereert met het dagelijks functioneren; de intensiteit is niet gerelateerd aan verrichte inspanning.
2270 Vermoeidheid bij kanker verschilt van normale vermoeidheid door de intensiteit, de duur en de sensatie.
2271 Vermoeidheid bij kanker is heviger dan de vermoeidheid die men normaal gesproken na inspanning
2272 ervaart, reageert niet op rust of slapen, en is overweldigend in die zin dat men er niet overheen kan
2273 stappen.

2274

2275 Oorzaken

2276 De **ontstaanswijze** van vermoeidheid bij kanker is grotendeels onbekend. Er wordt verondersteld dat
2277 de vermoeidheid primair gerelateerd is aan de onderliggende kanker via de productie van pro-
2278 inflammatoire cytokinen (primaire vermoeidheid). Er zijn meerdere lichamelijke en psychosociale
2279 factoren die naast de onderliggende kanker bijdragen aan het voorkomen en aan de ernst van de
2280 vermoeidheid bij patiënten met kanker in de palliatieve fase, namelijk:

- 2281 • tumorgeïnduceerde complicaties
- 2282 • comorbiditeit
- 2283 • iatrogene factoren
- 2284 • bijwerkingen van andere medicatie
- 2285 • lichamelijke symptomen geassocieerd met de onderliggende tumor of de behandeling
- 2286 • psychosociale factoren

2287 Meestal komen verschillende factoren tegelijkertijd voor.

2288

2289 Diagnostiek

- 2290 • Screen op de aanwezigheid van vermoeidheid; overweeg hiervoor de [Lastmeter](#) als
2291 signaleringsinstrument te gebruiken of maak gebruik van het [Utrecht Symptoom Dagboek](#).
- 2292 • Bespreek de gemeten vermoeidheid met de patiënt gedurende en na afloop van anti-tumor
2293 therapie, op momenten dat progressie van de kanker wordt aangetoond en rond de overdracht van
2294 een patiënt naar een andere setting. Gedurende de perioden dat de ziekte stabiel is zonder
2295 therapie, kan doorgaans volstaan worden met laagfrequente controles
- 2296 • Overweeg het gebruik van een vragenlijst voor de beoordeling van de mate van vermoeidheid,
2297 zoals de [Multidimensionele Vermoeidheidsindex](#) (MVI) of de [Checklist Individuele Spankracht](#) (CIS).
2298 Een score ≥ 35 op de subschaal ernst van vermoeidheid van de CIS is gerelateerd aan ernstige
2299 vermoeidheid.
- 2300 • Doe bij een score ≥ 4 op een numerieke schaal altijd een volledige anamnese, inclusief
2301 heteroanamnese, gericht op de lichamelijke, cognitieve en emotionele dimensies en presentatie van
2302 vermoeidheid, de begeleidende symptomen, de mogelijke oorza(a)k(en) en de impact voor het
2303 dagelijks functioneren en de sociale interacties met naasten.
- 2304 • Doe altijd een lichamenlijk onderzoek.
- 2305 • Overweeg het gebruik van meetinstrumenten ter beoordeling van bijdragende onderliggende
2306 oorzaken voor de vermoeidheid: [Hospital Anxiety and Depression](#) Scale (HADS) of screeningslijst
2307 [Vier Dimensionale Klachten Lijst](#) (4DKL).
- 2308 • Betrek de lichamelijke en psychische symptomen vanuit het signaleringsonderzoek: [Utrecht](#)
2309 [Symptoom Dagboek](#) of [Lastmeter](#).
- 2310 • Doe op indicatie aanvullend laboratoriumonderzoek, beeldvormend onderzoek of functieonderzoek
2311 indien haalbaar, zinvol en gewenst.

- 2312 **Integrale benadering**
- 2313 *Voorlichting*
- 2314 • Geef voorlichting over het symptoom vermoeidheid in de palliatieve fase van kanker en stem de
- 2315 voorlichting op de mate van vermoeidheid en de wensen en behoeften van de patiënt en diens
- 2316 naasten.
- 2317 • Ondersteun de voorlichting met schriftelijk informatiemateriaal en attendeer de patiënt en diens
- 2318 naasten op relevante informatie op websites zoals: [Kanker.nl](#) en [Thuisarts.nl](#). De [centrale](#)
- 2319 [zorgverlener](#) en [hoofdbehandelaar](#) zijn ervoor verantwoordelijk dat voorlichting wordt gegeven,
- 2320 maar dit kan wel door een andere zorgverlener, bijvoorbeeld verpleegkundige, worden besproken
- 2321 • Geef voorlichting hoe om te gaan met vermoeidheid, zoals het voldoende lichamelijk actief blijven,
- 2322 hanteren van een regelmatig slaap-waak patroon, prioriteren van activiteiten of het gelijkmatiger
- 2323 verdelen van activiteiten.
- 2324
- 2325 *Ondersteunende zorg*
- 2326 • Verwijs op geleide van deze onderliggende problematiek en wensen van de patiënt naar
- 2327 gespecialiseerde zorgverleners: ergotherapeut, diëtist, psycholoog, maatschappelijk werker,
- 2328 geestelijk verzorger, revalidatiearts. De [Verwijsgids Kanker](#) kan gebruikt worden bij het vinden van
- 2329 aanvullende behandelings- en begeleidingsmogelijkheden:
- 2330 • Adviseer contact met lotgenoten (vaak ondersteunend door de herkenning en de erkenning van
- 2331 gevoelens en ervaringen).
- 2332 • Adviseer ondersteuning van de mantelzorg.
- 2333
- 2334 *Continuïteit en organisatie van zorg*
- 2335 • Overweeg gebruik van een [individueel zorgplan](#).
- 2336 • Realiseer, indien mogelijk, dat er één [centrale zorgverlener](#) is die het eerste aanspreekpunt is.
- 2337 • Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekteverloop duidelijk is wie de [hoofdbehandelaar](#) is. De
- 2338 hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor een goede overdracht
- 2339 • Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd kan
- 2340 worden en leg afspraken vast
- 2341 • Overweeg deelname aan een multidisciplinaire bespreking of vraag advies aan een multidisciplinair
- 2342 consultatieteam palliatieve zorg.
- 2343
- 2344 **Beleid en behandeling**
- 2345 *Behandeling van de oorzaak*
- 2346 • Draag altijd zorg voor optimale symptoomcontrole.
- 2347 • In de periode van ziektegerichte palliatie: beoordeel de inzet van anti-tumor therapie wanneer de
- 2348 vermoeidheid wordt verklaard door de onderliggende kanker door de te verwachten responskansen en
- 2349 mogelijke bijwerkingen tegen elkaar af te wegen.
- 2350 • Beoordeel de behandeling van onderliggende oorzaken in het perspectief van het ziektebeloop,
- 2351 comorbiditeit en de wens van de patiënt.
- 2352 • Denk daarbij altijd aan de behandeling van tevens aanwezige lichamelijke en psychosociale
- 2353 symptomen door symptomatische therapie en, indien dit mogelijk is, de behandeling van de
- 2354 onderliggende oorzaak.
- 2355
- 2356 **Niet-medicamenteuze behandeling**
- 2357 *Psychosociale interventies*
- 2358 • Overweeg de inzet van cognitieve gedragstherapie of mind-body interventies (bijvoorbeeld
- 2359 mindfulness of yoga) bij patiënten die een actieve, levensverlengende behandeling krijgen en/of in
- 2360 een relatief stabiele toestand zijn als psycho-educatie onvoldoende effectief is.
- 2361 • Verwijs naar professionals die ervaring hebben binnen de oncologie en die voorgenoemde
- 2362 psychosociale behandelingen voor vermoeidheid bij kanker aanbieden. Hierbij kan onder meer
- 2363 gebruik gemaakt worden van de digitale [Verwijsgids Kanker](#).

- 2364 *Beweging en lichamelijke activiteit*
- 2365 • Adviseer patiënten dagelijks te bewegen op geleide van de individuele fysieke mogelijkheden en de
- 2366 adviezen in de [Nederlandse Norm Gezond Bewegen](#).
- 2367 • Overweeg een verwijzing naar een fysiotherapeut voor een aerobe bewegingsinterventie in geval
- 2368 van vermoeidheid en functionele beperking bij inspanning in de vroege periode van ziektegerichte
- 2369 palliatie.
- 2370 • Verwijs bij voorkeur naar een fysiotherapeut die is opgenomen in de [Verwijsgids Kanker](#).
- 2371 • Adviseer gezonde voeding als ondersteuning van een bewegingsinterventie.
- 2372 • Overweeg een verwijzing naar een revalidatiearts in geval van vermoeidheid en complexe
- 2373 functionele beperking (meervoudige problematiek) in de vroege periode van ziektegerichte palliatie.
- 2374
- 2375 **Medicamenteuze behandeling**
- 2376 *Corticosteroïden*
- 2377 • Overweeg behandeling met 8 mg dexamethason bij ernstige vermoeidheidsklachten in de terminale
- 2378 fase voor wie andere, op de oorzaak gerichte, interventies niet (meer) voorhanden zijn.
- 2379 • Stop de behandeling met corticosteroïden na een week indien er geen effect is opgetreden.
- 2380 • Weeg zorgvuldig het beoogde effect op vermoeidheid en kwaliteit van leven en mogelijke
- 2381 bijwerkingen af.
- 2382
- 2383 *Psychostimulantia*
- 2384 • Overweeg behandeling met methylfenidaat bij tevens aanwezige depressie en korte
- 2385 levensverwachting waarvoor inzet van reguliere antidepressiva niet zinvol wordt geacht.
- 2386 • Weeg daarbij zorgvuldig de kans op bijwerkingen af, zoals hypertensie, tachycardie en onrust.
- 2387 • Schrijf geen psychostimulantia voor ter vermindering van vermoeidheid bij patiënten zonder
- 2388 bijkomende depressieve klachten.
- 2389
- 2390 *Antidepressiva*
- 2391 • Schrijf geen antidepressiva voor ter vermindering van vermoeidheid bij patiënten met kanker in de
- 2392 palliatieve fase zonder dat er sprake is van een bijkomende depressie.

2393 **Bijlage 1 Geldigheid**

2394

2395 Actualisatie

2396 Deze richtlijn is goedgekeurd op [datum]. IKNL en PAZORI bewaken samen met betrokken
2397 verenigingen de houdbaarheid van deze (modules van de) richtlijn. Zo nodig zal de richtlijn tussentijds
2398 op onderdelen worden bijgesteld. De geldigheidstermijn van de richtlijn is maximaal 5 jaar na
2399 vaststelling. Indien de richtlijn dan nog actueel wordt bevonden, wordt de geldigheidsduur van de
2400 richtlijn verlengd.

2401

2402 Houderschap richtlijn

2403 De houder van de richtlijn moet kunnen aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste
2404 deskundigheid tot stand is gekomen. Onder houder wordt verstaan de verenigingen van
2405 beroepsbeoefenaren die de richtlijn autoriseren. IKNL draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting van
2406 de richtlijn.

2407

2408 Juridische betekenis van richtlijnen

2409 De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een
2410 individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor
2411 het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van de
2412 richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepassing van de
2413 richtlijnen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelende arts.

2414

2415 **Bijlage 2 Algemene gegevens**

2416

2417 Initiatief

2418 Platform PAZORI (Palliatieve Zorg Richtlijnen)

2419 Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

2420 Autoriserende/instemmende en betrokken verenigingen

2421 • Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

2422 • Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

2423 • Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

2424 • Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

2425 • Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO)

2426 • Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

2427 • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen Lymfologie en Oncologie (NVFL)

2428 • Palliatief

2429 • Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)

2430

2431 Financiering

2432 Deze richtlijn c.q. module is gefinancierd door IKNL. De inhoud van de richtlijn c.q. module is niet

2433 beïnvloed door de financierende instantie.

2434 Een richtlijn is een kwaliteitsstandaard. Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht

2435 de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke

2436 ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Opname van

2437 een kwaliteitsstandaard in het Register betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat de in de

2438 kwaliteitsstandaard beschreven zorg verzekerde zorg is.

2439

2440 Procesbegeleiding

2441 IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) is het kennis- en kwaliteitsinstituut voor professionals en

2442 bestuurders in de oncologische en palliatieve zorg dat zich richt op het continu verbeteren van de

2443 oncologische en palliatieve zorg.

2444 IKNL benadert preventie, diagnose, behandeling, nazorg en palliatieve zorg als een keten waarin de

2445 patiënt centraal staat. Om kwalitatief goede zorg te waarborgen ontwikkelt IKNL producten en diensten

2446 ter verbetering van de oncologische zorg, de nazorg en de palliatieve zorg, zowel voor de inhoud als de

2447 organisatie van de zorg binnen en tussen instellingen. Daarnaast draagt IKNL nationaal en

2448 internationaal bij aan de beleidsvorming op het gebied van oncologische en palliatieve zorg.

2449

2450 IKNL rekent het (begeleiden van) ontwikkelen, implementeren en evalueren van multidisciplinaire,

2451 evidence-based richtlijnen voor de oncologische en palliatieve zorg tot een van haar primaire taken.

2452 IKNL werkt hierbij conform de daarvoor geldende (inter)nationale kwaliteitscriteria. Bij ontwikkeling gaat

2453 het in toenemende mate om onderhoud (modulaire revisies) van reeds bestaande richtlijnen.

2454 **Bijlage 3 Samenstelling werkgroep**

2455

2456 Alle werkgroepleden en klankbordleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke, beroeps- en
 2457 patiëntenverenigingen en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng. Bij de samenstelling van de
 2458 werkgroep is geprobeerd rekening te houden met landelijke spreiding, inbreng van betrokkenen uit
 2459 zowel academische als algemene ziekenhuizen/instellingen en vertegenwoordiging van de
 2460 verschillende verenigingen/disciplines.

2461 Het patiëntenperspectief (zie ook [bijlage 5](#)) is vertegenwoordigd door een patiëntvertegenwoordiger
 2462 vanuit de Prostaatkankerstichting en twee patiëntvertegenwoordigers vanuit de Borstkanker Vereniging
 2463 Nederland. Bij de uitvoer van het literatuuronderzoek is een epidemioloog betrokken.

Naam	Rol	Functie	Vereniging
Werkgroepleden			
mw. prof. dr. C.C.D. van der Rijt	voorzitter	internist-oncoloog	NIV
Prof. dr. J.P. van den Berg	lid	revalidatiearts	VRA
mw. drs. G. Hartvelt-Faber	lid	huisarts	NHG
dr. J.A. Knoop	lid	klinisch psycholoog	NVPO
H.T.H.J. Niekus	lid	patiëntvertegenwoordiger	Prostaatkanker- stichting
mw. dr. M.E.W.J. Peters	lid	verpleegkundig expert	V&VN
dr.J. de Raaf (t/m juni 2017)	lid	internist-oncoloog i.o.	Palliactief
mw. A. Terpstra	lid	patiëntvertegenwoordiger	BVN
mw. M. Verseveld (MSc)	lid	oncologiefysiotherapeut en oedeemfysiotherapeut	KNGF en de NVFL
dr. M. van der Vorst (deelname vanaf juli 2017)	lid	internist-oncoloog	Palliactief
mw. M. Wals	lid	patiëntvertegenwoordiger	BVN
Klankbordleden			
Mw. M. Bolt		ergotherapeut	Ergotherapie Nederland
mw. K. Duin		diëtist	LWDO
mw. K. Landsbergen		hoofddocent Maatschappelijk Werk en Dienstverlening/ Onderzoeker Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening	BPSW
Ondersteuning			
mw. N.N. Reitsma (MSc)		adviseur (richtlijnen) palliatieve zorg	IKNL
mw. S. Janssen-van Dijk		secretaresse	KNL
mw. dr. O.L. van der Hel		literatuuronderzoeker	IKNL
dr. W. Jacobs		literatuuronderzoeker/epidemioloog	The Health Scientist

2464

2465 **Bijlage 4 Belangenverklaringen**

2466 Om de beïnvloeding van de richtlijnontwikkeling of formulering van de aanbevelingen door
2467 conflicterende belangen te minimaliseren zijn de leden van werkgroep gemandateerd door de
2468 wetenschappelijke en beroepsverenigingen.

2469 Alle leden van de richtlijnwerkgroep hebben verklaard onafhankelijk gehandeld te hebben bij het
2470 opstellen van de richtlijn. Een onafhankelijkheidsverklaring 'Code ter voorkoming van oneigenlijke
2471 beïnvloeding door belangenverstremgeling' zoals vastgesteld door onder meer de KNAW, KNMG,
2472 Gezondheidsraad, CBO, NHG en Orde van Medisch Specialisten is door de werkgroepleden bij
2473 aanvang en bij afronding van het traject ingevuld. De bevindingen zijn schriftelijk vastgelegd in de
2474 belangenverklaring en opvraagbaar via info@iknl.nl.

2475

CONCEPT

2476 **Bijlage 5 Inbreng patiëntenperspectief**

2477

2478 De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties is gevraagd haar leden aan te schrijven
2479 voor het afvaardigen van patiëntenvertegenwoordigers voor deelname aan de richtlijnwerkgroep. Drie
2480 patiëntvertegenwoordigers namen zitting in de richtlijnwerkgroep, een patiëntvertegenwoordiger vanuit
2481 de Prostaatankerstichting vanaf de start van de revisie van de richtlijn en twee
2482 patiëntvertegenwoordigers vanuit de Borstkanker Vereniging Nederland vanaf het bespreken van de
2483 conceptteksten ter voorbereiding van de commentaarfase. De input van patiëntvertegenwoordigers is
2484 nodig voor de ontwikkeling van kwalitatief goede richtlijnen. Goede zorg voldoet immers aan de wensen
2485 en eisen van zowel zorgverlener als patiënt.

2486

2487 Door middel van onderstaande werkwijze is informatie verkregen en zijn de belangen van de patiënt
2488 meegenomen:

- 2489 • Bij aanvang van het richtlijntraject heeft de patiëntvertegenwoordiger namens de
2490 Prostaatankerstichting knelpunten aangeleverd. De Borstkanker Vereniging Nederland heeft haar
2491 panel van patiënten aangeschreven om knelpunten te inventariseren. Deze knelpunten zijn
2492 meegenomen in de patiëntenversie van de knelpuntenenquête
- 2493 • Via de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties is een enquête uitgezet onder de
2494 haar leden voor het inventariseren van de knelpunten.
- 2495 • De patiëntvertegenwoordiger(s) waren zo mogelijk aanwezig bij de vergaderingen van de
2496 richtlijnwerkgroep.
- 2497 • De patiëntvertegenwoordigers hebben de conceptteksten beoordeeld om het patiëntenperspectief
2498 in de formulering van de definitieve tekst te optimaliseren.
- 2499 • De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en de Patiëntenfederatie Nederland is
2500 geconsulteerd in de externe commentaarrronde.

2501

2502 De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties heeft ingestemd met de inhoud van de
2503 richtlijn. Patiënteninformatie/een patiëntensamenvatting wordt opgesteld en gepubliceerd op de
2504 daarvoor relevante sites.

2505 **Bijlage 6 Knelpunteninventarisatie**

2506

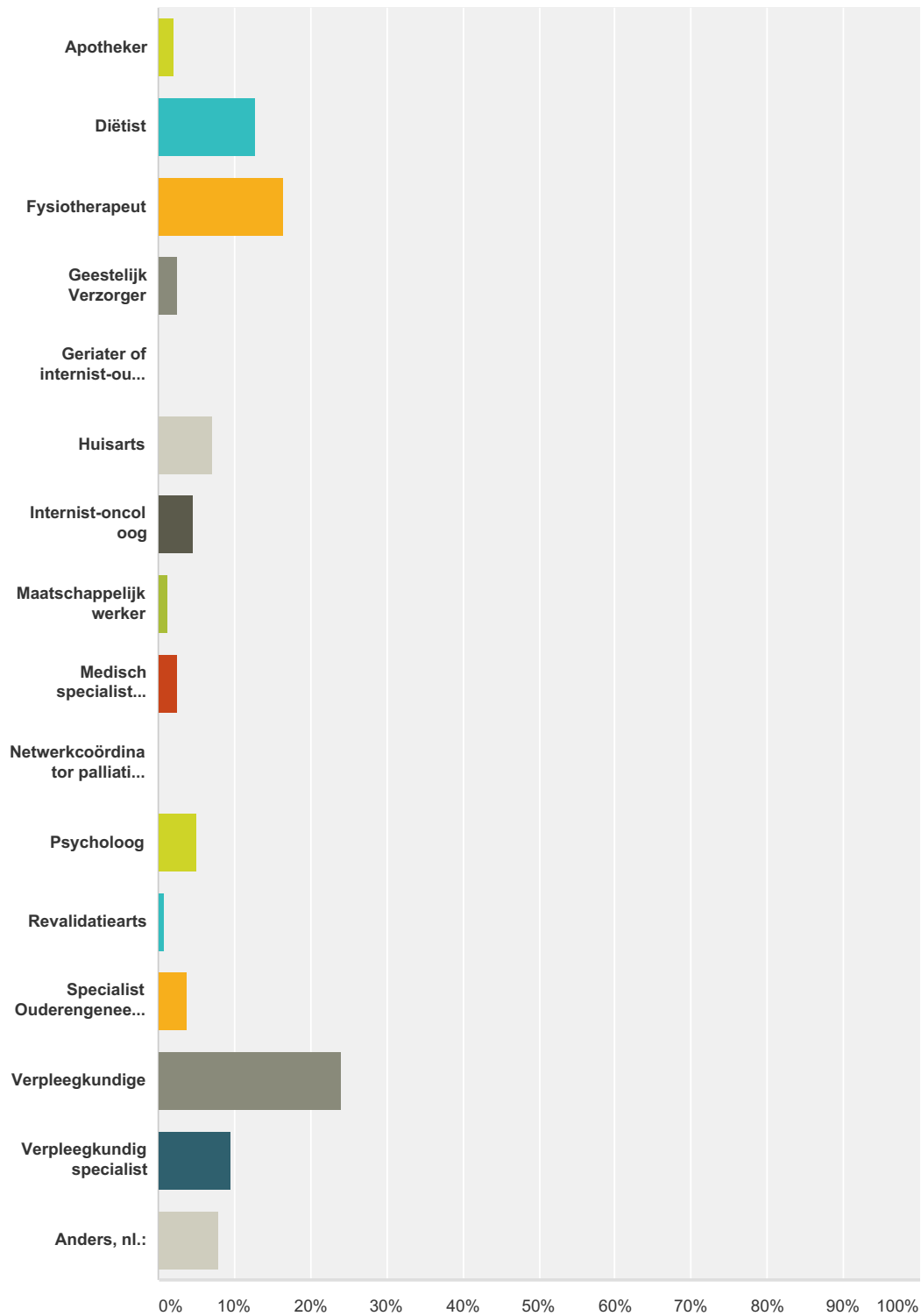
2507 Op basis van een eerste inventarisatie van de knelpunten door de werkgroepleden is, door middel van
2508 een enquête onder professionals en patiënten(vertegenwoordigers) een knelpunteninventarisatie
2509 gehouden. Na het versturen van de enquête hebben 242 professionals en 54 patiënten gereageerd en
2510 knelpunten geprioriteerd en/of ingebracht.

CONCEPT

A. Analyse enquête professionals

Q1 Wat is uw specialisme?

Beantwoord: 242 Overgeslagen: 0



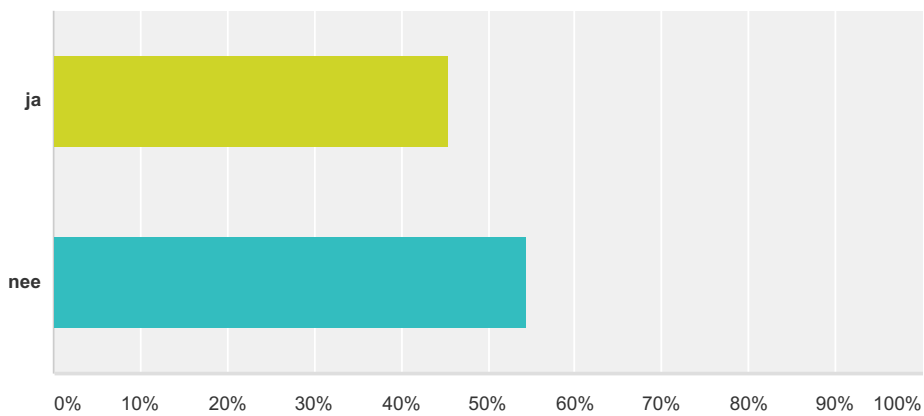
Antwoordkeuzen	Reacties
Apotheker	2,07% 5

Diëtist	12,81%	31
Fysiotherapeut	16,53%	40
Geestelijk Verzorger	2,48%	6
Geriatr of internist-ouderengeneeskunde	0,00%	0
Huisarts	7,02%	17
Internist-oncoloog	4,55%	11
Maatschappelijk werker	1,24%	3
Medisch specialist (anders dan internist-oncoloog, geriatr of specialist ouderengeneeskunde)	2,48%	6
Netwerkcoördinator palliatieve zorg	0,00%	0
Psycholoog	4,96%	12
Revalidatiearts	0,83%	2
Specialist Ouderengeneeskunde	3,72%	9
Verpleegkundige	23,97%	58
Verpleegkundig specialist	9,50%	23
Anders, nl.:	7,85%	19
Totaal		242

#	Anders, nl.:	Datum
1	huisarts, hospicearts	5-6-2017 14:27
2	beleidsmedewerker	5-6-2017 11:06
3	medisch adviseur Zorginstituut Nederland, radiotherapeut-oncoloog	21-5-2017 17:17
4	Werkzaam als hospice-arts	17-5-2017 22:17
5	kaderhuisarts palliatieve zorg werkzaam in hospice	7-5-2017 13:04
6	werkzaam in een hospice	4-5-2017 19:46
7	kaderhuisarts palliatieve zorg	4-5-2017 16:13
8	consulent palliatieve zorg, kaderarts	3-5-2017 18:52
9	Coördinator EPZ	2-5-2017 16:59
10	ervaringsdeskundige late gevolgen	1-5-2017 21:54
11	klinisch psycholoog	1-5-2017 12:15
12	In het verleden meegeschreven en geschreven binnen deze richtlijnen.	30-4-2017 19:17
13	opleider	25-4-2017 14:53
14	pijnconsulent	25-4-2017 12:04
15	VS in opleiding	25-4-2017 9:03
16	maatschappelijk werker/ seksuoloog NVVS/ relatie- en gezinstherapeut	25-4-2017 8:06
17	Bedrijfsarts & Klinisch Arbeidsgeneeskundige Oncologie	24-4-2017 15:30
18	Coördinator palliatief team, gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg.	24-4-2017 13:30
19	adviserend geneeskundige	24-4-2017 11:21

Q2 Bent u tevens consulent palliatieve zorg?

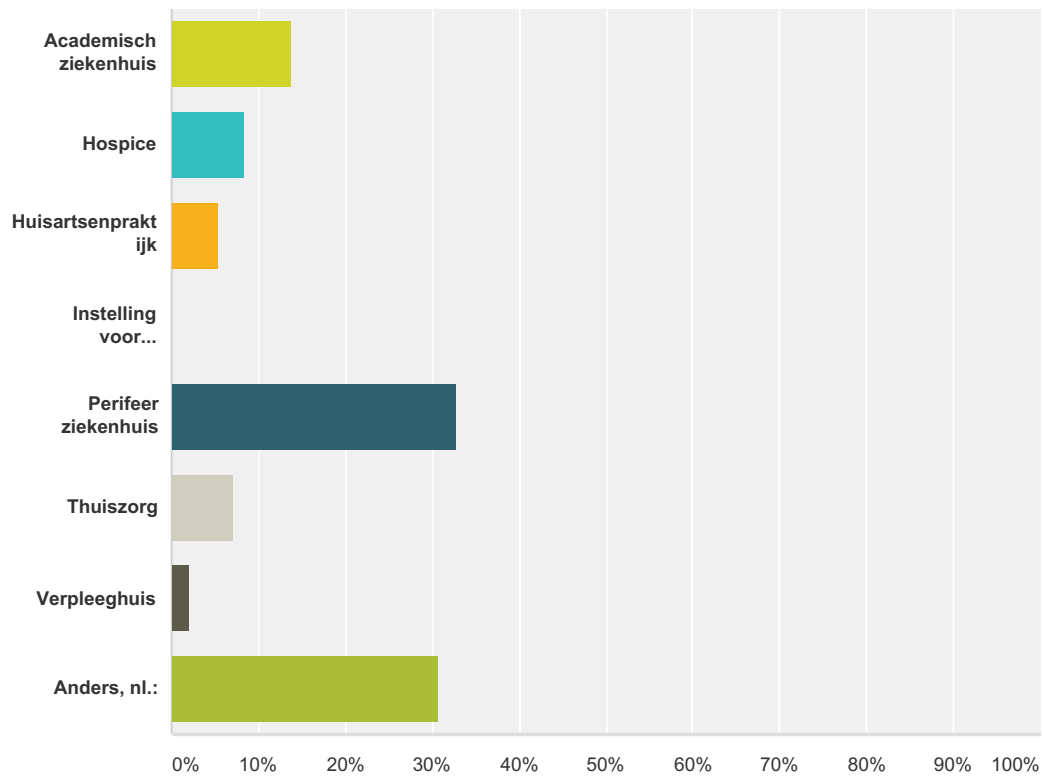
Beantwoord: 240 Overgeslagen: 2



Antwoordkeuzen	Reacties	
ja	45,42%	109
nee	54,58%	131
Totaal		240

Q3 Binnen welke zorgsetting bent u werkzaam?

Beantwoord: 241 Overgeslagen: 1



Antwoordkeuzen	Reacties
Academisch ziekenhuis	13,69% 33
Hospice	8,30% 20
Huisartsenpraktijk	5,39% 13
Instelling voor psychosociale zorg	0,00% 0
Perifeer ziekenhuis	32,78% 79
Thuiszorg	7,05% 17
Verpleeghuis	2,07% 5
Anders, nl.:	30,71% 74
Totaal	241

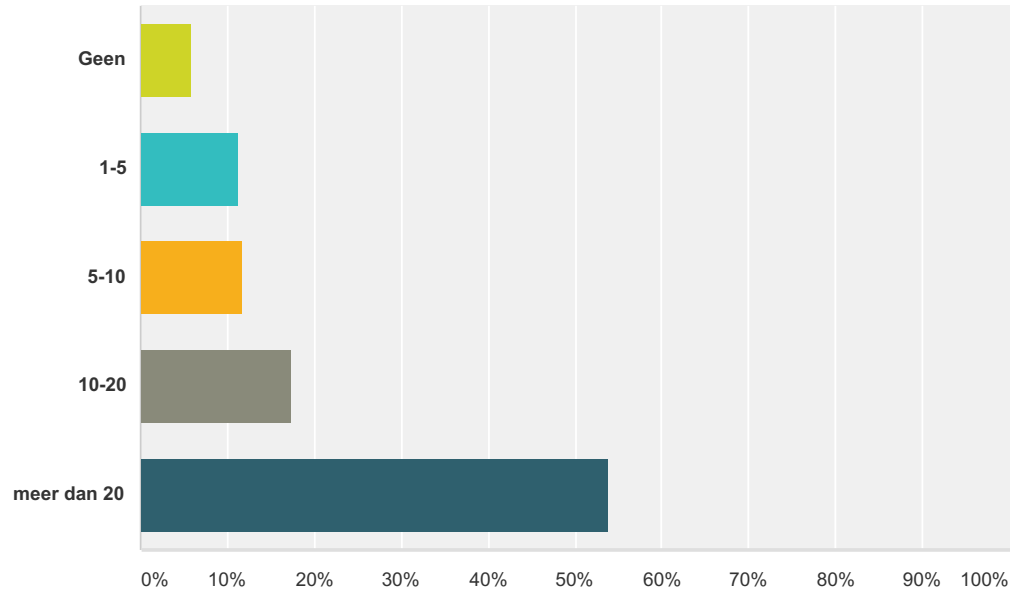
#	Anders, nl.:	Datum
1	Topklinisch ziekenhuis.	13-6-2017 18:43
2	1e lijn	7-6-2017 21:16
3	huisarts, hospice, palliatie team ZH	5-6-2017 14:27
4	eerstelijns fysiotherapie praktijk, en van daaruit in hospice en thuiszorg	29-5-2017 16:44
5	1e lijns zorg , tevens deelnemer consultteam palliatieve zorg	28-5-2017 20:41

6	openbare apotheek	24-5-2017 18:03
7	openbare apotheek	24-5-2017 13:06
8	Particuliere fysiotherapie praktijk	23-5-2017 16:05
9	fysio in praktijk en aan huis	22-5-2017 21:22
10	fysiotherapiepraktijk	22-5-2017 13:59
11	perifere fysiotherapiepraktijk	21-5-2017 19:46
12	Zorginstituut Nederland	21-5-2017 17:18
13	senior wetenschappelijk medewerker Richtlijnonwikkeling NHG, o.a. dossier Oncologie niet in patiëntenzorg; dus beroepshalve zie ik geen patiënten in de palliatieve fase (zie vraag hier onder)	17-5-2017 16:07
14	Particuliere praktijk voor fysiotherapie	16-5-2017 23:18
15	Topklinisch ziekenhuis	15-5-2017 7:24
16	1e lijns zorg	13-5-2017 15:26
17	gepensioneerd	11-5-2017 13:56
18	Eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Als oncologiefysiotherapeut betrokken bij PaTz, thuiszorg, hospice. Verder docent bij scholing over fysiotherapie in de palliatieve fase	11-5-2017 7:43
19	Eerste lijns fysiotherapie	10-5-2017 22:04
20	en verpleeghuis en thuis	8-5-2017 16:17
21	hospice en perifeer ziekenhuis	8-5-2017 15:53
22	eigen praktijk	7-5-2017 23:09
23	huisarts, arts van een hospice en lid palliatief consult team perifeer ziekenhuis	7-5-2017 16:14
24	TPT	6-5-2017 18:17
25	1e lijnspraktijk	6-5-2017 10:34
26	Eigen praktijk	5-5-2017 16:16
27	1e lijnspraktijks	4-5-2017 19:42
28	huisartsenpraktijk en hospice	4-5-2017 17:25
29	Lichamelijk en verstandelijk gehandicaptenzorg	4-5-2017 14:46
30	consultatieteam palliatieve zorg	4-5-2017 12:49
31	revalidatiecentrum	4-5-2017 12:14
32	ZZP	3-5-2017 18:52
33	Palliatieve unit verpleeghuis en casemanager pall zorg	3-5-2017 17:32
34	hospice en academisch ziekenhuis	3-5-2017 9:52
35	zowel academisch ziekenhuis als hospice	2-5-2017 23:01
36	nvt	2-5-2017 15:54
37	Zelfstandige dietisten praktijk	1-5-2017 22:02
38	niet werkzaam professioneel. Wel actief als ervaringsdeskundige	1-5-2017 21:55
39	Fysiotherapiepraktijk 1e lijn	1-5-2017 17:23
40	Eigen praktijk	1-5-2017 11:10
41	zelfstandige praktijk	1-5-2017 9:31
42	1e lijns praktijk	1-5-2017 8:14
43	eerste lijnspraktijk	30-4-2017 22:03
44	Casemanager palliatieve zorg via het Netwerk palliatieve zorg + verpleeghuissetting	28-4-2017 9:19

45	eigen praktijk	27-4-2017 19:00
46	fysiotherapie praktijk	26-4-2017 16:56
47	eerste -lijns fysiotherapiepraktijk	26-4-2017 15:06
48	radiotherapie centrum	26-4-2017 10:12
49	Vrijgevestigde pratijk in gb-ggz	26-4-2017 9:05
50	Prinses Máxima centrum voor Kinderoncologie	26-4-2017 7:59
51	Multidisciplinair nazorg centrum oncologie	25-4-2017 22:24
52	particuliere praktijk fysiotherapie	25-4-2017 22:02
53	eerstelijns praktijk	25-4-2017 21:24
54	zelfstandige Dietistenpraktijk eerste lijn	25-4-2017 17:15
55	Eerstelijns fysiotherapie praktijk	25-4-2017 16:52
56	opleidingscentrum	25-4-2017 14:54
57	zelfstandig	25-4-2017 11:37
58	revalidatiecentrum	25-4-2017 8:48
59	Eerste lijn praktijk fysiotherapie	25-4-2017 8:35
60	fysiotherapie praktijk met oncologie specialisatie	25-4-2017 8:28
61	eerstelijns praktijk	24-4-2017 22:04
62	1e lijns fysiotherapiepraktijk	24-4-2017 21:06
63	thuiszorg en verpleeghuis	24-4-2017 20:50
64	eerste lijns nl particulieren praktijk	24-4-2017 19:47
65	Particuliere praktijk	24-4-2017 17:08
66	categoriaal ziekenhuis	24-4-2017 15:59
67	Praktijk voor fysiotherapie	24-4-2017 15:47
68	Particuliere praktijk die ingehuurd is door het ziekenhuis voor fysiotherapie in de kliniek.	24-4-2017 15:41
69	Instituut voor Klinische Arbeidsgeneeskunde	24-4-2017 15:33
70	verpleeghuis en palliatieve unit in verpleeghuis	24-4-2017 15:30
71	Particuliere praktijk voor fysiotherapie	24-4-2017 14:27
72	praktijk voor fysiotherapie	24-4-2017 14:19
73	vrijgevestigde psychologenpraktijk	24-4-2017 13:13
74	zorgverzekeraar	24-4-2017 11:21

Q4 Hoeveel patiënten in de pallatieve fase met vermoeidheid ten gevolge van kanker ziet u gemiddeld per jaar?

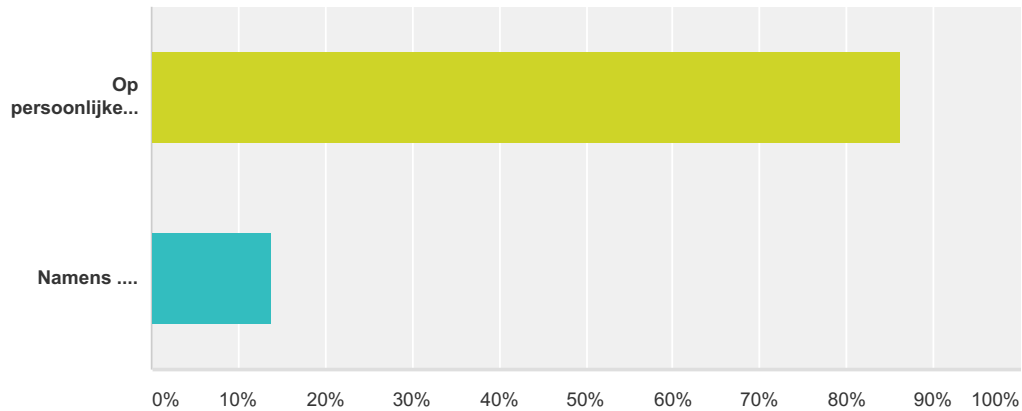
Beantwoord: 241 Overgeslagen: 1



Antwoordkeuzen	Reacties
Geen	5,81% 14
1-5	11,20% 27
5-10	11,62% 28
10-20	17,43% 42
meer dan 20	53,94% 130
Totaal	241

Q5 Hoe reageert u?

Beantwoord: 241 Overgeslagen: 1



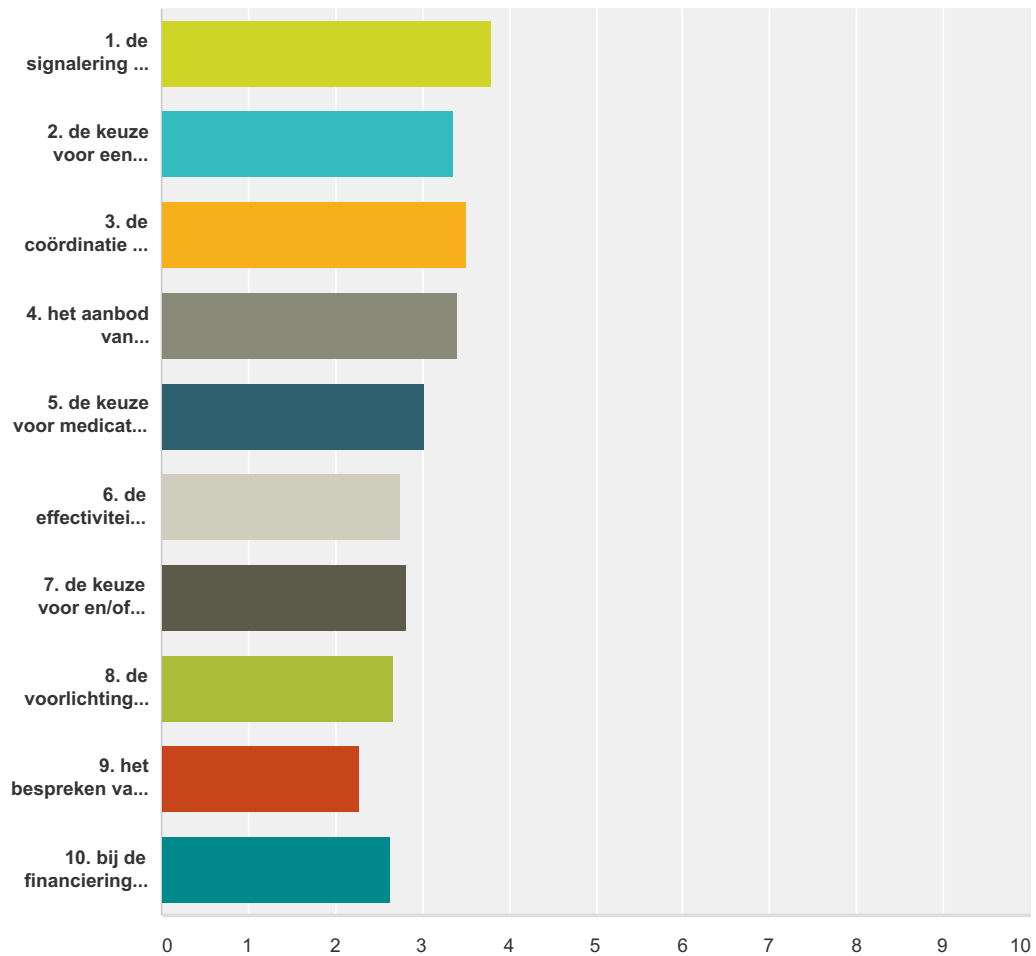
Antwoordkeuzen	Reacties	
Op persoonlijke titel	86,31%	208
Namens	13,69%	33
Totaal		241

#	Namens	Datum
1	Hospice	13-6-2017 18:45
2	De (ziekenhuis)apotheek MUMC+	13-6-2017 17:58
3	(Ziekenhuis)apotheek MUMC+	13-6-2017 17:57
4	VenVN oncologie	13-6-2017 17:43
5	NVA	7-6-2017 8:08
6	V en VN Oncologie	31-5-2017 11:40
7	UMC/NFU	23-5-2017 10:22
8	Zorginstituut Nederland	21-5-2017 17:18
9	Onder andere een reactie i.h.k.v. diëtist, de invloed van de vermoeidheid voor de patiënt t.a.v. het eten en drinken, bereiden van eten en drinken e.d.	21-5-2017 15:42
10	Werkgroep diëtetiek IKNL Utrecht	20-5-2017 9:52
11	NHG	17-5-2017 16:07
12	dietetiek iknl, persoonlijk diëtist	13-5-2017 15:26
13	Thuisbasis Brabant	12-5-2017 17:20
14	Vivent thuiszorg	10-5-2017 19:41
15	Ik reageer uit mijn functie als verpleegkundig consulent urologische oncologie	10-5-2017 15:47
16	Palliatief team	9-5-2017 15:19
17	NVZA	7-5-2017 22:41
18	als voorzitter van de werkgroep diëtetiek IKNL Amsterdam	4-5-2017 19:42
19	vanuit palliatief team	4-5-2017 15:27
20	afdeling fysiotherapie	2-5-2017 13:05

21	professie	1-5-2017 15:41
22	Hospice Schagen	28-4-2017 15:29
23	Netwerk Palliatieve Zorg van de regio	28-4-2017 9:19
24	Psychologie Praktijk Timmermans	26-4-2017 9:05
25	lid Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie	25-4-2017 16:52
26	nvt	25-4-2017 14:54
27	pijnteam Treant locatie Hoogeveen	25-4-2017 12:04
28	Oncologiefysiotherapeut MSc	25-4-2017 8:35
29	ziekenhuis	25-4-2017 8:06
30	MMW	25-4-2017 1:55
31	praktijk prengerhoekman Winschoten	24-4-2017 19:41
32	Lymfologie & Oncologie Fysiotherapie (LOF) Groningen	24-4-2017 17:08
33	aanvraag arts - en ben werkzaam op de oncologie afdeling vaak is vermoeidheid een van de vele aspecten bij de opname	24-4-2017 14:47

Q6 Welke knelpunten ervaart u in de palliatieve zorg voor patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase? Prioriteer 1 t/m 5. Geef uw top 5 van knelpunten aan door een 1 aan te vinken bij het voor u belangrijkste knelpunt, bij het op één na belangrijkste knelpunt een 2 etc. Uw toelichting bij de door u geprioriteerde knelpunten helpt de werkgroep bij het selecteren van knelpunten die worden uitgewerkt in de richtlijn. Elk cijfer van 1 t/m 5 kan maar één keer aangevinkt worden. (Let op: Indien u voor de tweede keer hetzelfde cijfer aanvinkt bij een ander knelpunt, dan verspringt het vinkje.) U kunt bij maximaal vijf knelpunten een cijfer als antwoord geven, de overige knelpunten blijven leeg (die kunt u dus niet meer waarderen). Staat uw knelpunt(en) er niet tussen, geef dit dan onderaan de knelpuntenlijst aan bij: Welke andere knelpunten wilt u meegeven aan de werkgroep? Onderstaande knelpunten hebben betrekking op de zorg voor patiënten met vermoeidheid bij kanker tijdens de verschillende stadia van de palliatieve fase. Ervaart u een knelpunt bij/in:

Beantwoord: 240 Overgeslagen: 2



	1 (belangrijkste knelpunt)	2	3	4	5	Totaal	Gewogen gemiddelde
1. de signalering van vermoeidheid?	49,30% 70	15,49% 22	14,79% 21	7,04% 10	13,38% 19	142	3,80
2. de keuze voor een effectief meetinstrument voor het meten van de mate van vermoeidheid?	25,51% 25	30,61% 30	14,29% 14	14,29% 14	15,31% 15	98	3,37
3. de coördinatie van zorg bij de behandeling van vermoeidheid?	28,44% 31	28,44% 31	18,35% 20	13,76% 15	11,01% 12	109	3,50
4. het aanbod van behandelingsmogelijkheden?	28,57% 36	19,05% 24	24,60% 31	19,05% 24	8,73% 11	126	3,40
5. de keuze voor medicatie wat betreft indicaties/contra-indicaties en/of effectiviteit van de medicatie? Bijv. antidepressiva, corticosteroïden, melatonine, progestagenen of psychostimulantia. Bij prioritering van dit knelpunt, zie ook vraag 11.	16,28% 14	26,74% 23	18,60% 16	19,77% 17	18,60% 16	86	3,02
6. de effectiviteit van de behandeling van vermoeidheid door beweging/lichamelijke training?	8,46% 11	23,08% 30	21,54% 28	28,46% 37	18,46% 24	130	2,75
7. de keuze voor en/of effectiviteit van andere niet-medicamenteuze behandelingen?	8,73% 11	26,98% 34	20,63% 26	23,81% 30	19,84% 25	126	2,81
8. de voorlichting aan patiënten en naasten over de oorzaak van vermoeidheid?	10,89% 11	11,88% 12	33,66% 34	21,78% 22	21,78% 22	101	2,68
9. het bespreken van de behandelmogelijkheden met de patiënt en zijn naasten?	6,00% 6	10,00% 10	23,00% 23	27,00% 27	34,00% 34	100	2,27

10. bij de financiering van de behandeling van vermoeidheid (zowel in de eerste als de tweede lijn)?	17,50% 14	16,25% 13	11,25% 9	21,25% 17	33,75% 27	80	2,63
--	--------------	--------------	-------------	--------------	--------------	----	------

#	Licht toe/specificeer/concretiseer/geef voorbeeld:	Datum
1	Ik denk dat het een onderschat probleem is maar ik weet bv. ook niet goed hoe dit te diagnosticeren en te monitoren. Lastig ook om meerwaarde te bewerkstelligen. Dus verbetering in de vermoeidheid te brengen.	13-6-2017 18:48
2	Ik heb het idee dat er geen verschil in afname van vermoeidheid is tussen mensen in de curatief behandelde groep, en mensen in de palliatieve groep die momenteel geen behandeling krijgen binnen de medisch specialistische oncologische revalidatie en ben benieuwd of een jaar na revalidatie de afgenomen vermoeidheidsscores weer op hun oude niveau terug zijn of stabiel blijven .	13-6-2017 18:47
3	voor patiënten in de ziektegerichte palliatieve fase is vermoeidheid een symptoom wat vaak hoog scoort. Wat zijn de mogelijkheden van verwijzen zonder dat ze diep in de buidel hoeven te tasten. Hoe maak je het effect op de vermoeidheid van die interventie meetbaar zodat financiering in de toekomst gewaarborgd blijft?	13-6-2017 18:39
4	vermoeidheid wordt vaak aangegeven door cliënten, en mijn ervaring leert mij dat het zeer moeilijk te behandelen is. Vaak is fysiotherapie te belastend voor de client en er wordt nog te weinig aandacht geschonken aan de multi complexiteit. Ik merk dat vermoeidheid bijna niet behandelbaar is. (dit geldt natuurlijk niet voor alle cliënten) Ik merk dit bij cliënt met hersentumoren en vele operaties ten gevolge. En door medicatie vasculaire heupnecrose Cliënt met ernstig nierfalen en heup problematiek. Cliënt met behoorlijke COPD en erge rugproblematiek.	13-6-2017 17:56
5	Er is al veel aandacht voor vermoeidheid, maar op patiëntniveau is het teveel afhankelijk van de personen die de patient , met name in de palliatieve fase, tegen komt of het gesignaleerd, besproken en/of behandeld wordt.	13-6-2017 17:43
6	Als oncologische fysiotherapeut zie ik te vaak patiënten in de palliatieve fase die zelf op zoek moeten gaan naar behandeling van hun vermoeidheid. Waar de behandelend artsen geen oor hebben voor deze voor de kwaliteit van leven bepalende klachten, en/of onvoldoende op de hoogte zijn van het feit dat er door een gespecialiseerde fysiotherapeut aan gewerkt kan worden. Dan is het volgende probleem dat deze groep over het algemeen geen vergoeding krijgen op basis van de chronische lijst omdat er vaak langer geleden een operatie en/of RT heeft plaats gevonden.	7-6-2017 21:16
7	MIs eigenlijk naast signaleren ook goede anamnese van vermoeidheid. Welke gevolgen heeft de vermoeidheid voor dagelijks functioneren en op fysieke, sociale, psychische en existentiële aspecten van het leven, en hoe kan de patient en de naast hiermee omgaan	31-5-2017 11:45
8	er is mijn inziens nog geen concreet instrument om dit te meten in de kliniek voor verpleegkundigen op verpleegafdeling. Het zou fijn zijn als dit geïntegreerd wordt in digitaal dossier zodat er niet te veel losse lijstjes komen.	31-5-2017 9:51
9	De klacht vermoeidheid hoor ik veel. Het past vaak bij de bv de chemotherapie of anders het ziektebeeld. Ik vraag er wel naar, maar meet het niet dus kan het niet goed vervolgen.	31-5-2017 8:34
10	Voel me altijd vrij machteloos en ervaar dit vaak als 1 van de grootste problemen bij patiënten. vindt het vaak moeilijk dingen af te stemmen onderzoeken en gesprekken komen vaak op 1 hoop wat extra belasting is voor pte	30-5-2017 11:52
11	Het probleem begint bij signalering. Mogelijk wordt al gauw gedacht dat vermoeidheid er bij hoort. Vervolgens zijn behandelaars vaak niet goed op de hoogte van de mogelijkheden van de fysiotherapeut waardoor er onvoldoende verwezen wordt. Men komt vaak niet eens op het idee naar de fysiotherapeut te verwijzen. Dit heeft misschien ook te maken met de beperkte evidentie op het moment. (niveau 3 voor fysieke training en voor ontspanningsoefeningen) Verder moet de vergoeding van fysiotherapie meestal uit de aanvullende verzekering komen, en daardoor is ook de financiering soms een probleem (afhankelijk van het pakket wat de patient heeft)	29-5-2017 16:57
12	juiste diagnostiek> aandacht voor de reële gevolgen.> keuze bieden in behandel mogelijkheden . liefst Niet-medicamenteus gezien het med voortraject/ ic de med behandeling van de kanker> juiste financiering , geen drempel en daarmee kans op latere hogere kosten , ook in de werksfeer	28-5-2017 20:45
13	Vermoeidheid wordt vaak als aspecifieke klacht benoemd door patiënten bij gesprekken in het kader van farmaceutische anamnese voor medicatiebeoordelingen of farmaceutische consult. Het is van belang de klacht vd patiënt te kunnen plaatsen in het bredere kader van fysieke en psychische aandoeningen en conditie en enigszins te kunnen objectiveren m.b.v. een meetinstrument. De keuze voor medicamenteus of niet-medicamenteus behandelen wordt bij voorkeur op grond van een degelijke medisch-farmaceutische anamnese gemaakt. Ook medicatiegebruik (bijwerkingen) kan bijdragen aan vermoeidheid	24-5-2017 13:26
14	De acceptatie van vermoeidheid door patient en zorgverleners: 'het hoort er nou eenmaal bij'. Hierdoor worden mogelijk opties tot behandelen onvoldoende serieus overwogen en meegenomen in verdere beleid. voor mij is dit het belangrijkste knelpunt	22-5-2017 15:21

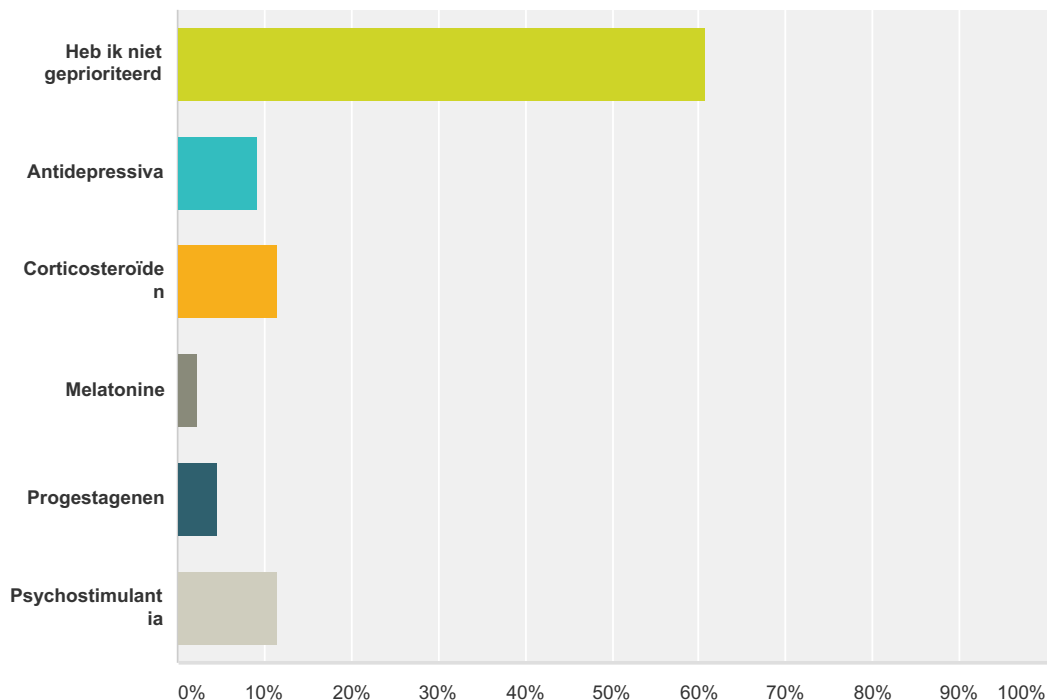
15	m.b.t. punt 6,7, en 9: aantonen van meerwaarde van interventies in de behandeling van vermoeidheid is van groot belang. Daar waar deze ontbreekt dient deze ook besproken te worden met patient (gedeelde besluitvorming).	21-5-2017 17:26
16	Mono disciplinair: trainen bij fysiotherapeut en dieetbehandeling door dietist worden beiden vergoed vanuit basispakket. De dietist voor 3 uur op jaarbasis, Om echt	18-5-2017 15:53
17	Als bij vraag 4 bedoeld echter bedoeld wordt: Welke effectieve (combinaties van) behandelmogelijkheden zijn er? dan zou ik deze vraag wel prioriteren. Ik doe dat nu niet omdat dit in de vragen 5 t/m 7 aan bod komt. Ik heb vraag 4 daarom nu geïnterpreteerd als vraag of effectieve behandelmogelijkheden voldoende beschikbaar zijn. Klopt dit? Bij vraag 5 t/m 7 (en eigenlijk vooral bij 6+7) zou ik willen weten of COMBINATIES van behandelmodaliteiten zinvol zijn/elkaar effectief versterken? 6 en 7 staan wat mij betreft gelijk qua prioriteit Vraag 8 en 9 hangen m.i. sterk samen. Ik prioriteer 9 omdat voorlichting over behandeling niet goed kan zonder voorlichting over mogelijke oorzaken.	17-5-2017 16:29
18	De onderwaardering van de voedingstoestand; deze bespreekbaar te maken, al in een zo vroeg mogelijk stadium van de palliatieve zorg. Door op de wensen van de persoon in te gaan kan deze aanpak tot meer kwaliteit van de palliatieve zorg leiden.	13-5-2017 15:30
19	Vermoeidheid tijdens of na een behandeling wordt toegelicht als mogelijk symptoom. Echter is het benaderen van vermoeidheid als een symptoom zeer kort door de bocht voor de patiënt. Moe zijn, wat is dat nu? Door meer erkenning aan de voorkant toe te kennen aan vermoeidheid als gegeven ipv symptoom zou de patiënt sneller/beter/anders het gesprek kunnen opzoeken bij het ervaren van vermoeidheid.	12-5-2017 17:31
20	merk in de praktijk weinig effect van behandelingen, wat mensen weinig motivatie geeft om er mee door te gaan; vaak zie dat het meeste effect te behalen is in het verdelen van de energie/ prioriteiten stellen, leren omgaan/ accepteren van vermoeidheid	12-5-2017 10:40
21	Oncologische revalidatie in palliatieve fase is niet voor iedereen toegankelijk	10-5-2017 19:44
22	11) De rol van voeding. Welke bijdrage kan een adequate voedingsinname leveren? Hoe om te gaan met voedingsgerelateerde klachten? = Prio 1 !!!	10-5-2017 10:14
23	Vermoeidheid is een weinig concrete klacht van de patiënt. Pijn is concreter en daar wordt mn door de arts goed op in gespeeld. Veel zorgverleners lijken niet zo goed te weten wat te doen bij vermoeidheid en er wordt daardoor te weinig doorverwezen naar andere hulpverleners	9-5-2017 13:17
24	Het allerbelangrijkste probleem vind ik het gebrek aan erkenning. Er wordt de patiënt verteld dat moeheid een 'bijwerking' kan zijn van de behandeling, maar hoe ernstig die vermoeidheid is wordt niet duidelijk gemaakt. Patiënten hebben dikwijls het gevoel dat hun behandelaar niet beseft dat vermoeidheid heel ernstig is: 'je nooit meer fit voelen, eigenlijk te moe om er nog te zijn "krijg ik als huisarts vaak te horen. Er wordt volgens hen te weinig aandacht aan gegeven en te weinig behandel aanbod gedaan. Ik ervaar dat het nog steeds een onderschat probleem is. De oplossing begint met erkenning en gesprekken in de thuissituatie met partners en kinderen. Ook de financiering maakt het hen niet altijd gemakkelijk.	8-5-2017 21:03
25	Grootste probleem: vaak niet goed op te lossen en onderdeel van ziekteproces dus aanvaarding en toch ondersteuning: van belang in voorlichting!	8-5-2017 16:20
26	Het kantelpunt van effectiviteit versus slechter maken blijft een lastige keus. Depressie, rouwreacties en vermoeidheid als bijwerking zijn erg lastig te scheiden.	8-5-2017 9:47
27	Extra knelpunten - Diagnostiek bij vermoeidheid. Ik denk dat vermoeidheid bij kanker vaak verklaard wordt door 'de ziekte zelf' of 'passend bij de zware behandeling', welke DD en bijbehorende A, LO en AO moet je als (huis)arts minimaal doen? - hoe om te gaan met vermoeidheid in de palliatieve fase van andere aandoeningen dan kanker??? bv COPD, hartfalen, nierfalen, etc - handvatten hoe om te gaan met anemie in de palliatieve fase (wanneer hebben bloedtransfusie, ferro pillen/ infuus, epo wel en geen meerwaarde of zijn zelfs gecontra-indiceerd?)	8-5-2017 9:09
28	in een hospice zijn de palliatieve patiënten gemiddeld meer moe en sluiten een aantal behandelmethodes niet aan bij de fase waarin ze zich bevinden. toch vind ik dat ik verschillende behandelmethodes volgens de richtlijn terugzie. goede evaluatie is er vaak niet. de patient accepteert vermoeidheid als een te dragen symptoom. er wordt niet gericht verdiept in de klacht vermoeidheid. mn oorzaak en type en niet doorgevraagd wat helpt. kennis onder collegas is er niet altijd. artsen zijn mn verantwoordelijk en die vragen na aan de patient of die open staan voor bepaalde behandeling. bv ritalin, transfusie, medicatie etc.	8-5-2017 3:34
29	ik vind dit een nog al overgewaardeerd iets iemand die ziek is of om andere redenen in de palliatieve fase zit is vermoeid en dat mag ook dat medicaliseren is mi het grootste probleem we willen alles scoren en vervolgens met lagere scores weg hebben dat is niet altijd de beste zorg	7-5-2017 17:52
30	patiënten zijn niet verzekerd voor fysiotherapie en kunne daar dan niet naar toe	4-5-2017 16:15
31	Ingewikkeld om aan iemand met VG/NAH/autisme uitleg te geven over vermoeidheid en hoe hiermee om te gaan. Begeleiders mee te nemen in deze vermoeidheid, en hoe hiermee om te gaan van hun cliënten is ook een knelpunt. Per cliënt disciplinair bespreken hoe dit te benaderen.	4-5-2017 15:03

32	medische specialistische revalidatie wordt vergoed vanuit het basispakket	4-5-2017 12:20
33	Het ontbreekt in onze situatie bij het signaleren nog aan het standaard gebruiken van meetinstrumenten, zoals USD. De consulenten oncologie spelen een grote rol bij het begeleiden en monitoren van klachten, dit geldt voornamelijk tijdens het kuren	4-5-2017 10:25
34	Vaak wordt er te lang gewacht omdat er nogal eens van uit wordt gegaan dat de vermoeidheid bij de ziekte hoort en dus kun je er niets mee. Er zou dus eerder al met signalering iets ondernomen kunnen worden. Je zou vaste turf momenten kunnen inzetten om de ernst en mate te kunnen observeren en net als de pijnscore n afspraak over maken wanneer je gaat ingrijpen en welke stappen er dan genomen kunnen worden..	4-5-2017 8:54
35	Zeker bij verder voortgeschreden ziekte vaak nauwelijks effectieve behandelmogelijkheden.	2-5-2017 15:58
36	Vermoeidheid, komt veel voor en wordt als normaal ervaren. Het geeft grote beperkingen tav de kwaliteit van leven. Staat goed en gezond eten ook in de weg. Boodschappen doen en koken.	1-5-2017 22:10
37	Wij inventariseren via het USD, en proberen de prioriteit van de gast t.a.v. activiteiten en rust zo te plannen dat er voldoende rustmomenten zijn. Dit lukt niet altijd omdat de gast activiteiten toch soms boven rust zet. In het algemeen neemt de vermoeidheid na opname iets af en stijgt naarmate de situatie verslechterd. Oorzaak: Hier is meer rust, wordt alles geregeld voor je, mantelzorg komt tot rust.	1-5-2017 15:55
38	Dit is wel een lastige vragenlijst om in te vullen!	1-5-2017 14:58
39	Er wordt matig gescreend naar Last. Men neemt vermoeidheid als bijproduct van ziekte en behandeling, terwijl de onderhoudende psychologische factoren goed behandelbaar zijn. Enorm jammer een echte gemiste kans!	1-5-2017 12:19
40	Prioriteit 2-5 hangen met name samen door onvoldoende kennis bij de primaire hulpverlener en bij paramedici wat de mogelijkheden en beperkingen van enige interventie zijn. Dit hangt natuurlijk samen met het gebrek aan evidentie van een beter niveau als expert alleen. Daarnaast is de bereidheid van hulpverleners om zich te informeren laag (vermoeidheid hoort erbij). Tenslotte zijn er meerdere fasen in de palliatie (fase waar men nog volledig voor levensverlenging gaat en de vermoeidheid lijkt op die bij curatief behandelde patiënten), fase waarbij men voor klachten vermindering gaat en tenslotte in de pre-terminale fase waarin vermoeidheid mogelijk zelfs een deken tegen het lijden vormt. Geen onderzoek nog interventie houdt hiermee rekening.	1-5-2017 10:49
41	Ik mis voeding in dit rijtje. Dus bij keuze van behandelmethoden hoort ook voeding genoemd te worden. Bij training/lichaamsbeweging is goed afgestemde voeding van belang. Er kan sprake zijn van deficiënties, wat invloed heeft op de voedingstoestand en op vermoeidheid.	1-5-2017 9:44
42	Lastmeter is een goed signalering instrument, maar brengt niet in kaart hoe de vermoeidheid wordt ervaren, oorzaak ed. Vraag is ook of dat taak is van verpleegkundige of indien vermoeidheid zo op de voorgrond speelt er een doorverwijzing zal mogen plaatsvinden. Naar bv fysiek/ergo (met onco achtergrond) Aandacht voor mantelzorgers, wat betekent vermoeidheid voor hen ed. Hoe pas je het in. Verantwoordelijkheid. Meer eenduidigheid over medicatie gebruik.	30-4-2017 21:29
43	4 Knelpunten aan kunnen geven en meer niet.	27-4-2017 14:55
44	Wat ik in mijn werk vooral mis is het handelen na de signalering. Als maatschappelijk werker zie ik niet alle patiënten. Degenen die ik niet spreek, zullen door arts of vpk goed moeten worden voorgelicht over wat zij aan de vermoeidheid kunnen doen (fysio, module Helen Dowling instituut etc). Wij missen nog steeds een landelijk gecoördineerde module zoals Herstel & Balans. Er is voor ons onvoldoende overzicht wat het verwijzen van mensen naar een lokale fysiotherapeut soms moeilijk maakt.	26-4-2017 12:34
45	Aandacht voor adequaat voedingsbeleid afgestemd op het stadium van palliatieve zorg zoals beschreven in het Handboek Voeding bij Kanker Betrokkenheid van de diëtist bij zowel de kankerpatiënt met vermoeidheid als het updaten van deze richtlijn.	25-4-2017 15:18
46	wij evalueren symptomen bij poliklinische patiënten vanuit de oncologie. Patiënten denken zelf vaak dat vermoeidheid erbij hoort. Ook wordt er vaak hogere prioriteit gesteld bij andere symptomen zoals bijvoorbeeld pijn. Voor ons is het lastig wanneer pijn echt een niet draaglijk symptoom is voor de patiënt. Een meetinstrument zou hier handig voor zijn (het utrechtse symptoom dagboek zou hier bij kunnen helpen) Ook zien/spreken wij de patiënt maar een moment. Dan zou het goed zijn het systeem waarin de patiënt leeft om hulp te vragen.	25-4-2017 12:11
47	Aanpak van vermoeidheid door aanpassing levensstijl: - afwisselen activiteit en rust, prioriteren activiteiten, inzetten van hulpmiddelen,	25-4-2017 10:05
48	Moeheid komt veel voor, patienten vragen om een oplossing. Die is vaak niet zo voor de hand liggend. We stimuleren bewegen, onco-reva enz. maar de vraag is of we altijd juiste oorzaak weten (toch invloed overige medicatie?) of meer psychische oorzaak? en daarnaast of dan de juiste handvatten aangereikt worden. Mantelzorgers leven hier dag/nacht naast en worden ook vermoeid maar dan weer anders. Hoe ga je daar goed mee om, wie ziet hen en houdt hen in de gaten?	25-4-2017 9:07

49	Signalering kan een probleem zijn, mantelzorgers zijn regelmatig niet mee op het polibezoek, en soms ontbreekt ook de tijd, omdat uitslagen van scans e.d. soms voorop staan bij mensen, blijft vermoeidheid onderbelicht. Financiering is een groot probleem, mn fysiotherapie is soms niet betaalbaar voor mensen.	25-4-2017 8:59
50	Fysiotherapie bij kanker wordt maar onder bepaalde voorwaarden vergoed. Zo is chemotherapie geen chronische indicatie (bestraling en operatie wel), terwijl chemotherapie vaak de grootste boosdoener is bij vermoeidheid. Artsen signaleren mijn inziens te weinig op het gebied van vermoeidheid, waardoor patiënten te lang zelf met het probleem blijven lopen. Patiënten denken vaak ook "het hoort erbij", maar dat wil niet zeggen dat je er niks aan kan doen. Vermoeidheid moet wat mij betreft multidisciplinair worden aangepakt, maar niet alle patiënten staan hiervoor open. Ze hebben vaak geen zin in nog meer zorgverleners/afspraken. Dit beperkt vaak de behandelmogelijkheden.	24-4-2017 21:23
51	vaak onvoldoende of geen aanvullende verzekering	24-4-2017 19:45
52	weinig zinvolle behandelmogelijkheden en daardoor weinig actieve screening op vermoeidheid niet medicamenteuze behandelopties veelal beperkt door kosten	24-4-2017 17:23
53	Informeren en adviezen geven is erg belangrijk bij deze doelgroep. Door kennis te vergroten kan de patiënt vaak zelf invloed uitoefenen op de mate van vermoeidheid en hoe hier meer om te gaan.	24-4-2017 15:56
54	Er wordt met/vanuit fysiotherapeuten buiten instellingen minder multidisciplinair overlegd.	24-4-2017 15:53
55	Vermoeidheid door kanker wordt vaak wel gesignaleerd, maar vervolgens wordt er niet of nauwelijks wat mee gedaan. Uitleg geven aan patiënt en naasten over bewegen bij vermoeidheid komt ook niet of nauwelijks aan. Sommigen willen wel fysiotherapeutische of revalidatie begeleiding maar is dan vaak te duur of komen ze niet voor in aanmerking.	24-4-2017 14:47
56	Effectiviteit van behandeling van vermoeidheid is te onbekend bij diverse hulpverleners. Vermoeidheid wordt in de palliatieve fase veel te vaak geaccepteerd als inherent aan de situatie terwijl er met beweging in combinatie met een adequate voeding hoog in eiwit (bij voorkeur door middel van diëtistische behandeling) veel winst te behalen valt. Welbevinden wordt beter, afbraak van vetvrije massa wordt gestagneerd waardoor functioneren zo goed mogelijk wordt behouden of tenminste niet onnodig verslechtert, (palliatieve) therapie wordt beter verdragen/volgehouden waardoor de respons daarvan doorgaans ook betere kansen heeft. In het deel signalering en screening is (ook voor mij) onvoldoende duidelijk bij wie deze taak ligt en welke screeningsinstrumenten er zijn. Vanwege de onduidelijkheid over taakverdeling, screeningsinstrumenten, en de effectiviteit van de behandeling van vermoeidheid kom ik in de praktijk vaak tegen dat voorlichting aan patiënten tekort komt. Daarbij worden dus ook de behandelmogelijkheden onvoldoende duidelijk met de patiënt besproken. Het traditionele Herstel en Balansprogramma, inmiddels Oncologische Revalidatie, wordt nog teveel gezien als een programma voor mensen die in opzet curatief zijn behandeld, terwijl de palliatieve patiënt hier mijns inziens ook zeer veel baat bij kan hebben.	24-4-2017 14:05

Q7 11. Als u knelpunt 5, effectiviteit van medicatie bij de behandeling van vermoeidheid ten gevolge van kanker heeft geprioriteerd, voor welke medicatie geldt dit volgens u? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk).

Beantwoord: 173 Overgeslagen: 69



Antwoordkeuzen	Reacties
Heb ik niet geprioriteerd	60,69% 105
Antidepressiva	9,25% 16
Corticosteroïden	11,56% 20
Melatonine	2,31% 4
Progestagenen	4,62% 8
Psychostimulantia	11,56% 20
Totaal	173

#	Eventuele toelichting bij bovenstaande vraag.	Datum
1	Tenminste ga ervan uit dat ritalin hieronder valt. vaak wordt dexamethason voorgeschreven met goed resultaat maar dan moet het niet gaan over een hele lange tijd. Mensen zijn ook moe tijdens en na de behandeling met chemotherapie	13-6-2017 18:48
2	Ik heb nog nooit medicatie tegen vermoeidheid voorgeschreven. Het zou goed zijn als er bewijs zou komen van het effect van deze medicatie in de palliatieve fase.	13-6-2017 18:47
3	meerdere antwoorden lukt niet: 1 psychstimulantie, 2. hoe lang effect cotico	13-6-2017 18:42

4	hij accepteert maar 1 antwoord. Tweede antwoord antidepressiva. Een enkele keer krijgt een patient iets voorgeschreven. Mij is niet duidelijk wie wel en wie niet en waarom welke keuze wordt gemaakt.	13-6-2017 17:43
5	helaas geen meerdere antwoorden mogelijk. ik wilde ze allemaal aanvinken	7-6-2017 9:19
6	Alle medicamenten	7-6-2017 8:18
7	te kort kennis denk ik over anti psychotica	31-5-2017 8:34
8	Hier nog niet veel ervaring mee	30-5-2017 11:52
9	Alle antwoorden vanaf B, meerdere kon ik niet aangeven	29-5-2017 17:11
10	er kna maar 1 keuze genaakt worden. Ook corticosteroiden zijn van belang. Psychostimulantia hebben m.i een andere toepassing.	24-5-2017 13:26
11	medicatie tegen vermoeidheid lijkt mij geen 1e keus aanpak, tenzij er een ernstige depressie aan ten grondslag lig of als chronisch slaapttekort doorbroken moet worden, maar dan gaat het om specifiek te duiden vermoeidheid	17-5-2017 16:29
12	Zou graag alle genoemde groepen willen aanklikken	11-5-2017 21:41
13	Ik weet er te weinig van juist daarom op het lijstje gezet. Dit zou in de richtlijn verduidelijkt moeten worden.	9-5-2017 20:40
14	oppepper maar tevens bij langer gebruik bijwerking spierzwakte	8-5-2017 16:20
15	en corticosteroiden (ik kan maar 1 vinkje zetten) en progrestagenen en melatonine	8-5-2017 15:56
16	Keuze uit meerdere middelen; soms lastig te voorspellen wat meest effectief is; daarbij mag b.v. corticosteroid niet altijd gegeven worden i.c.m. systeembehandeling. Is middel effectief op vermoeidheid of op stemming?; hoe lang mag je doorgaan (b.v. ritalin).	8-5-2017 12:57
17	het werkt soms voor kortere tijd, het effect is moeilijk te meten en het is de vraag wanneer ga je weer afbouwen, je ziet met regelmaat korte opleving, maar doe je daar goed aan?.	8-5-2017 9:23
18	ik kan er maar 1 aanvinken (vinkje verspringt), maar ik zou graag van alle genoemde medicamenten de effectiviteit willen weten	8-5-2017 9:09
19	omdat anti depressiva vaak langer duurt voordat het werkt vergeet men te evalueren. ritalin werkt vaak vrij snel, dat wordt beter gevalueerd.	8-5-2017 3:34
20	huidige richtlijn pallialine bespreekt niet alles (bijv antidepressiva niet) huidige richtlijn is van 2010. in 2013 is er een gerandomiseerde studie geweest met dexamethason (JCO, Yennurajalingam et al). deze zou meegenomen moeten worden bij de update	7-5-2017 22:44
21	omdat ik er toch maar 1 tegelijk kan aanvinken: ook progrestagenen	7-5-2017 20:05
22	melatonine, progrestagenen, psychostimulantia	7-5-2017 16:19
23	allen	6-5-2017 18:22
24	+ antidepressiva	6-5-2017 2:10
25	er is maar 1 antwoord mogelijk hier AD, cortico's , psychostimulantia	4-5-2017 21:11
26	Ik kom in de thuissituatie niet vaak behandeling van vermoeidheid door middel van medicatie tegen.	4-5-2017 16:53
27	Niet veel ervaring mee	4-5-2017 10:25
28	De meerdere antwoorden vallen weg. In mijn geval zou ik psychostimulantia toevoegen	3-5-2017 9:57
29	heb niet de indruk dat dit veel doet	2-5-2017 23:07
30	En antidepressiva. (er is maar 1 antwoord mogelijk). Met name soms lastig om met de patiënt te beoordelen hoe lang doorgaan medicatie nog zinvol is.	2-5-2017 21:04
31	niets	2-5-2017 16:23
32	regelmatig veel bijwerkingen.	2-5-2017 15:58
33	Er is niet echt sprake van medicatie toediening bij deze doelgroep, aantal pillen ter inname wil men beperken (gast) en de andere medicatie wordt niet gegeven als niet duidelijk is dat B.v. anti depressieva de klacht zou wegnemen. De oorzaak is immers breed lichamelijk.	1-5-2017 15:55
34	En psychostimulantia.	30-4-2017 21:29
35	Het was niet mogelijk om meerdere antwoorden te geven.	30-4-2017 19:29

36	er kan maar een middel aangevinkt worden, maar ook graag voor progestagenen en psychostimulantia	28-4-2017 11:15
37	Het is niet mogelijk om meerdere antwoorden aan te vinken! Ik had aan willen vinken: psychostimulantia, corticosteroïden en progestagenen	26-4-2017 14:43
38	voor- en nadelen van de verschillende middelen heel patiënt afhankelijk dus vaak proefbehandeling corticosteroïden, psychostimulantia, progestagenen	25-4-2017 17:04
39	voeding	25-4-2017 11:40
40	kan niet meerdere antw. aanklikken. Maar al deze middelen.	25-4-2017 9:07
41	mijn ervaring: mensen willen zo weinig mogelijk middelen en op het einde van het leven wordt het meeste gestopt, dat is weer een verlies moment!	25-4-2017 8:24
42	meerdere antwoorden lukt niet antidepressiva en progestagenen had ik ook willen aanvinken	24-4-2017 23:38
43	Ik schrijf zelf geen medicatie voor maar merk soms dat de bijwerkingen erger zijn dan de kwaal. Een patiente had medicatie die invloed had op de hartpompwerking en was daardoor erg ziek en moe. Toen er andere medicatie in plaats van deze werd voorgeschreven knapte ze helemaal op. Misschien was deze medicatie cardiotoxisch?	24-4-2017 15:53
44	meerdere antwoorden aanklikken lukt niet, maar het is veel trial and error.	24-4-2017 15:50
45	Het is niet mogelijk meerdere antwoorden aan te klikken.	24-4-2017 15:41
46	wat mij betreft heb ik vragen bij alle genoemde geneesmiddelen	24-4-2017 15:33
47	kan maar 1 antwoord invullen, geldt voor mij voor alle medicatie!	24-4-2017 14:06

Q8 Welke andere knelpunten wilt u graag meegeven aan de werkgroep?

Beantwoord: 65 Overgeslagen: 177

#	Reacties	Datum
1	effect vermoeidheid op pijn / dyspneu, slaap etc	13-6-2017 18:42
2	ik lees niet wat het startpunt is van de palliatieve fase; als patiente nog palliatieve anti-tumor behandeling ondergaat? Of alleen maar symptoombestrijding? Bovenstaande suggereert nog een levensverwachting van ?.. maanden.	13-6-2017 17:59
3	Over het algemeen is het zo dat ziekenhuizen nog te weinig verwijzen naar de 1e lijn in de palliatieve fase is dit nog vaker het geval is mijn indruk.	7-6-2017 21:16
4	sexualiteit	5-6-2017 14:31
5	integratie van zorg, samenwerking 1 ste 2de lijn , kennis van zaken, HERKENNEN,	5-6-2017 11:11
6	Specifiek aandacht voor omgaan met vermoeidheid in dagelijks leven, adviezen als afwisselen activiteit en rust, prioriteren van activiteiten, vragen van ondersteuning inzet van hulpmiddelen enz, wat is daar effect van op de 'beleving/ intensiteit van de vermoeidheid??	31-5-2017 11:45
7	kostenplaatje. Merk toch dat veel mensen eerst kijken naar verzekering en vergoedingen.	31-5-2017 8:34
8	tool voor afstemming disciplines bezoek onderzoeken ed om energie te verdelen.	30-5-2017 11:52
9	bekendheid met invloed van voeding op vermoeidheid. praktische tips die o.a. diëtist hiervoor kan geven.	26-5-2017 10:34
10	Patiënten gaan vaak zelf op zoek naar snelle oplossingen i.v.m. vermoeidheidsklachten. Geneesmiddelen, voedingspreparaten, vitamines en andere gezondheidsproducten worden breed aangeboden, maar hebben een beperkte evidence base. De wetenschappelijke kennis bij zorgverleners kan verbeterd worden. Patienten kunnen vaak geen onderscheid maken tussen gezondheidsproducten en geneesmiddelen. Apothekers kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren.	24-5-2017 13:26
11	Behandeling en ondersteuning van patient met vermoeidheid a.g.v. ziekte in terminale fase en volledig bedlegerig is en waar bewegingsinterventies niet meer mogelijk zijn, maar patient wel last ervaart van alles overheersende vermoeidheid.	23-5-2017 15:56
12	De samenhang van vermoeidheid met andere symptomen	23-5-2017 10:26
13	zie antwoordvraag 10 in open tekstveld	22-5-2017 15:21
14	Rol van voeding op verminderen van vermoeidheid	22-5-2017 11:10
15	zie eerder commentaar	21-5-2017 17:26
16	Knelpunt vermoeidheid en de invloed op de voeding(sinname) en de rol van de diëtist.	21-5-2017 15:46
17	Ervaren knelpunt: de effectiviteit van de behandeling van vermoeidheid door voeding/dieet? Bijv. wat is de meerwaarde van diëtistische begeleiding?	20-5-2017 9:57
18	Aansluitend bij knelpunt 6: wat is de invloed van voeding en voedingstoestand op het gewenste, bedoelde effect van beweging en training ? Voeding en trainen kunnen niet zonder elkaar. Als bij vermoeidheid fysiotherapie wordt ingezet om de lichaamssamenstelling en spiermassa te verbeteren, zal het bedoelde effect minder zijn als deze pt niet goed gevoed is, eiwittekort in voeding heeft, moeilijkheden heeft met eten door klachten als eetlustvermindering, smaakverandering; slikklachten etc. Mono disciplinair: trainen bij fysiotherapeut en dieetbehandeling door diëtist staan los van elkaar. Het samenwerken tussen deze disciplines, naar elkaar verwijzen, heeft meerwaarde maar gebeurt nog onvoldoende. In kader oncologische revalidatie komen initiatieven op gang maar de rol van de diëtist is niet prominent. Goed voorbeeld: regio Eindhoven: gezamenlijke bijeenkomsten, netwerken, gezamenlijk voorlichtingsmaterialen over voeding en beweging. .	18-5-2017 15:53
19	Er kan ook sprake zijn van een normale fysiologische vermoeidheid in de palliatieve fase. De patiënt is "moe en der dagen zat" zoals het in oud-Nederlands heet. Hierbij zou de benadering moeten bestaan uit begripvolle ondersteuning, zonder direct te willen behandelen.	17-5-2017 22:29
20	Zie eerder: zijn bepaalde behandelcombinaties effectiever dan enkelvoudige behandelopties?	17-5-2017 16:29
21	Voeding wordt niet genoemd in de richtlijn, energie inname is ook van invloed bij behandeling vermoeidheid	15-5-2017 7:28

22	Erkennen van vermoeidheid. (Bagataliseren door zorgsysteem, toestaan van vermoeidheid door patiënt) Wanneer is het vermoeidheid en wanneer wordt het uitputting? (Begripsbepaling versterken)	12-5-2017 17:31
23	vermoeidheid heeft niet altijd de aandacht van alle disciplines; wordt toch vaak en gezien als een klacht die erbij hoort, maar mogelijk bij betere samenwerking/ afstemming valt er meer te behalen in deze zeer belastende klacht; ook lastig dat vermoeidheid steeds meer gaat toenemen en beleid ook telkens bijgesteld zal moeten worden afhankelijk van de levensverwachting. soms lastig in te schatten in welke levensfase mensen zich bevinden en hoe dan de vermoeidheid te interpreteren.	12-5-2017 10:40
24	voeding en beweging zijn aan elkaar verbonden. Zonder adequate voeding leidt beweging minder tot spieropbouw en zonder beweging leidt voeding minder tot spieraanmaak/-behoud. Knelpunt is of en in welke mate dat in de palliatieve fase ook zo is.	11-5-2017 14:01
25	11) De rol van voeding. Welke bijdrage kan een adequate voedingsinname leveren? Hoe om te gaan met voedingsgerelateerde klachten? = Prio 1 !!!	10-5-2017 10:14
26	Door vermoeidheid is het vaak niet mogelijk om een optimale intake te garanderen. Hier wordt in deze richtlijn weinig aandacht aan besteed!	9-5-2017 13:17
27	Erkenning! zie vakje onder 10. Verder: goede voorlichting en duidelijk zijn wie de regie voert.	8-5-2017 21:03
28	Tot in welk stadium is het nog zinvol te proberen patiënt te activeren. Waar ligt de grens voor palliatief (bijna terminale) patiënten.	8-5-2017 12:57
29	Vermoeidheid kan ook een belevingsvorm zijn van emoties als angst of verdriet, moeten leven met grote existentiële vragen. De betekenisgeving van wat mensen overkomt is dan onderliggend. Daar zou spirituele zorg ook in beeld moeten komen. In het lijstje bij vraag 7 wordt dit niet expliciet genoemd. Daar gaat het al weer over interventies om het op te lossen. Soms is eerst stil staan bij wat iemand beleeft en hoe iemand dat duidt noodzakelijk voordat iets aangereikt wordt om de klacht weg te nemen. Het zou goed zijn als spirituele zorg als vorm van ondersteuning en begeleiding ook bij vermoeidheid in de palliatieve fase expliciet genoemd zou worden, zowel bij de diagnostiek als bij de behandelmogelijkheden.	7-5-2017 23:19
30	kritisch kijken naar mogelijkheden sanering medicatie; ook kritisch kijken naar mogelijkheden mindering pijnmedicatie;	6-5-2017 18:22
31	Voeding. Veel patiënten lopen aan tegen het feit dat ze niet voldoende meer kunnen eten, door verschillende problemen/ klachten, waaronder ook vermoeidheid. Vervolgens eten ze te weinig waardoor de vermoeidheid toeneemt. Maar ook het risico op decubitus en dergelijke toeneemt.	6-5-2017 10:38
32	Ik mis de rol van voeding en de rol van de diëtist!	4-5-2017 19:46
33	Er is mijns inziens in de thuiszorg nog te weinig aandacht/ inzet van andere disciplines bij de behandeling van vermoeidheid bij kanker, zowel bij verpleegkundigen als ook bij huisartsen.	4-5-2017 16:53
34	dat er vaak meerdere oorzaken tegelijk spelen	4-5-2017 16:15
35	Vanuit mijn doelgroep werken begeleiders lang met hun cliënten, zij zijn gewend altijd te activeren, waardoor vermoeidheid toeneemt. Door de handicap gaan cliënten lang door met werken/activiteiten. Evenwicht en omslagpunt zoeken is dan moeilijk.	4-5-2017 15:03
36	bekendheid van het bestaan van oncologische programma's in de palliatieve fase van kanker.	4-5-2017 12:20
37	Inzetten van mogelijkheden v complementaire zorg wordt nog te weinig gedaan. Verder zou er beter geïnformeerd kunnen worden naar familie/ mantelzorgers,, want die hebben soms veel onbegrip en irritatie naar de cliënt toe.	4-5-2017 8:54
38	zou fijn als ook hierin, net als met andere richtlijnen een stappenplan zou kunnen worden gemaakt, al dan niet evidence based	3-5-2017 14:00
39	niets	2-5-2017 16:23
40	Voeding en vermoeidheid, eetlust vermindering waardoor er minder gegeten wordt en dus minder energie binnen komt. het is van belang er voor te zorgen dat er voldoende voedingsstoffen binnen komen.	1-5-2017 22:10
41	Het gezamenlijk (patient en naasten met professioanls) bespreken van mogelijkheden en keuzes maken	1-5-2017 21:59
42	Vermoeidheid is een grote klacht, relatief weinig voorlichting aan patient hoe deze in een vroeg stadium daarmee omgaat. De tendens is vooral vechten tegen....	1-5-2017 15:55
43	screening naar instandhoudende psychologische factoren van vermoeidheid in palliatieve fase, vgl TIREd studie Radboud.	1-5-2017 12:19
44	zie opmerkingen onder 10	1-5-2017 10:49
45	Gewijzigd dagritme kan ontstaan bij vermoeidheid. Voeding heeft hierbij ook een belangrijke rol.	1-5-2017 9:44

46	Corticosteroiden zijn effectief, maar kunnen ook een enorme averechts effect hebben, waar de patiënt en hulpverlener ook zich bewust van moet zijn.	30-4-2017 21:29
47	Mogelijk diagnostiek binnen de palliatieve zorg naar de oorzaak van vermoeidheid.	30-4-2017 19:29
48	In de vroege palliatieve fase worden vermoeidheidsklachten vaak voor lief genomen. Blij dat het nu echt onder de aandacht wordt gebracht met nieuw onderzoek en aanpassing van de richtlijn.	29-4-2017 13:01
49	onderscheid in curatieve en palliatieve setting website maken voor patienten waarop stapsgewijs de aanbevelingen bij vermoeidheid aan bod komen en adviezen waar de juiste hulpverleners te vinden	28-4-2017 11:15
50	In hoeverre is vermoeidheid een probleem?	27-4-2017 14:55
51	Onbewust onbekwame zorgverlener die niet signaleert etc en niet doorverwijst	26-4-2017 22:29
52	Het eten en drinken geeft in deze fase vaak problemen (moe, misselijk, smaak, fit voelen etc). Ook voor de partners die erg hun best doen om nog wat lekkers en voedzaam te maken zijn voedingsadviezen erg welkom. Vaak hebben zowel de patient als de partner veel vragen over wat wel en niet te nemen, smaakbeleving, kleine porties eiwit en energieverrijkt zodat de patient zich iets fitter voelt en ze nog iets kunnen ondernemen.	25-4-2017 17:24
53	verwachtingen patiënt om er iets aan te doen, lastig probleem wat ook onderdeel van de ziekte is, niet alles is oplosbaar (wat het voor mij als hulpverlener soms ook lastig maakt)	25-4-2017 17:04
54	De voorlichting aan patiënten en hun naasten over de vermoeidheid	25-4-2017 16:58
55	Ik mis de rol van de diëtist bij niet-medicamenteuze behandeling. Bij vermoeidheid is er een verhoogd risico op ondervoeding met gevolgen op de kwaliteit van leven (oa vermoeidheid!). De diëtist kan een bijdrage leveren aan het voorkomen van toename van vermoeidheid door ondervoeding.	25-4-2017 16:57
56	voeding	25-4-2017 11:40
57	Probleem is voor het tijdig doorverwijzen en preventieve informatie. mensen weten niet dat ze bij de oncologie fysiotherapeut terecht kunnen en lopen te lang door	25-4-2017 8:29
58	betekenis van de gevolgen van vermoeidheid, existentiële vraagstukken rond verlies van functies tgv vermoeidheid	25-4-2017 8:24
59	Een goed meet instrument die de verpleegkundige kan helpen om vermoeidheid te signaleren.	25-4-2017 7:53
60	De onbekendheid in de maatschappij mbt vermoeidheid bij kanker. Deze vermoeidheid is wezenlijk anders dan de gewone vermoeidheid die wij allemaal kennen, maar omdat de term hetzelfde is blijft er mijn inziens onduidelijkheid ontstaan. Misschien moeten we deze aandoening ooit een andere naam geven? De vermoeidheid is meestal niet vanaf de buitenkant te zien, wat zorgt voor onbegrip, vaak ook bij werkgevers, bedrijfsartsen en het UWV. Als paramedicus heb ik hier vaak weinig invloed op.	24-4-2017 21:23
61	Seksualiteit	24-4-2017 20:46
62	Geen knelpunten, maar wel even heel beknopt de afspraken die in de richtlijnen binnen de arbozorg zijn gemaakt. Binnen de bedrijfsgeneeskunde en klinische arbeidsgeneeskunde wordt de MVI-20 gebruikt. Meest geadviseerde medische interventies zijn gesuperviseerde fysieke training, niet-gesuperviseerd bewegen, cognitieve gedragstherapie. Daarnaast voor werkenden ook werkplekinterventies, zoals aangepaste werktijden, thuiswerken, etc.	24-4-2017 15:41
63	als fysiotherapie is het effect bij palliatieve pt zeer wisselend afhankelijk in welke fase van het palliatieve traject richting terminaal is anders dan wanneer er nog jaren te gaan zijn het liefst zou ik daar ook gradaties in willen kunnen geven vermoeidheid bij pt met curatief behandeltraject geeft andere doelen en verwachtingen	24-4-2017 14:55
64	publieke aandacht voor vermoeidheid bij kanker, zodat dit beter gesnapt wordt door omgeving, werkgevers, bedrijfsartsen etc	24-4-2017 14:19
65	Verminderde voedingsinname in combinatie met inflammatie en metabole ontregeling zoals deze wordt gezien bij het anorexie-cachexiesyndroom heeft een zeer groot raakvlak met diëtetiek. Naast anti-tumorthapie is een voedings- en bewegingsinterventie nodig om deze vorm van ondervoeding aan te pakken. Als dit niet of onvoldoende gebeurt, volgt afbraak van spiermassa en spierkracht, waardoor de vermoeidheid verder toeneemt en de patiënt in kwestie in een negatieve spiraal van lustverlies, krachtsverlies en functieverlies terecht komt.	24-4-2017 14:05

Q9 Eventuele opmerkingen over de enquête:

Beantwoord: 28 Overgeslagen: 214

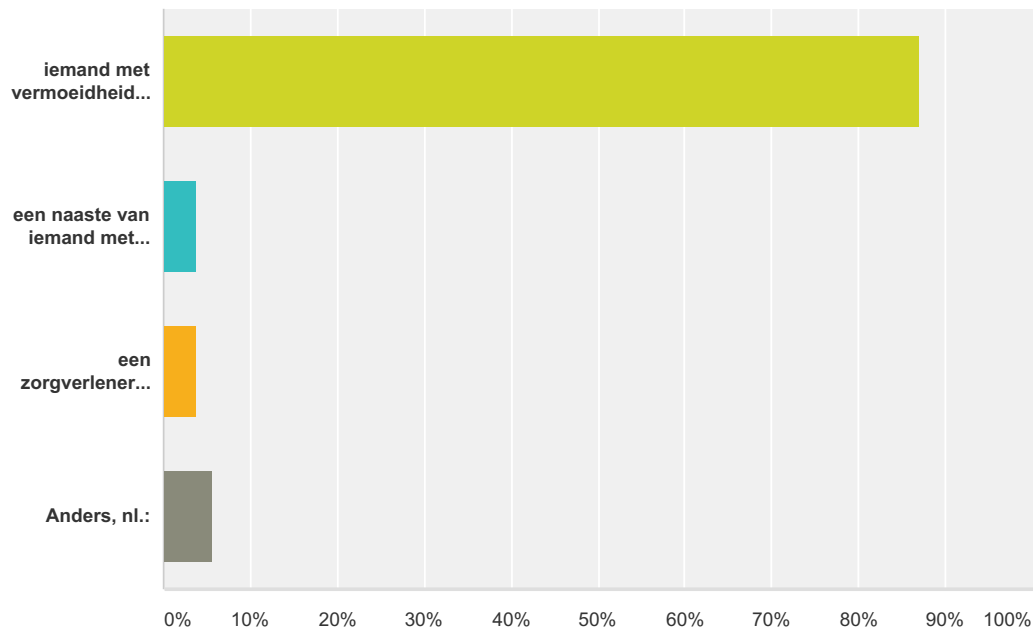
#	Reacties	Datum
1	Graag zou ik willen dat er ook specifiek gekeken wordt naar vermoeidheid als symptoom bij patiënten die behandeld worden met oncolytica. Wellicht zijn er interventies die gelijk met een behandeling kunnen starten die positief de vermoeidheid beïnvloeden.	13-6-2017 18:39
2	x	31-5-2017 16:59
3	geen	30-5-2017 11:53
4	roep om voldoende aandacht (zelf of gedelegeerd) bij de hoofdbehandelaar . Palliatieve Zorg is multi-disciplinaire zorg , gebruik dat ook !	28-5-2017 20:46
5	heel fijn dat er aandacht wordt gegeven aan dit moeilijke probleem	25-5-2017 18:31
6	ik ben als openbaar apotheker geen consulent , maar wel lid van de 2e schil van het palliatief team. Niet alle vragen kunnen goed beantwoord worden vanuit de invalshoek van een apotheker	24-5-2017 18:11
7	Bij aanvang van de enquête kan aangegeven worden dat je apotheker bent. Bij de werksetting ontbreekt 'apotheek'. dat is niet logisch.	24-5-2017 13:26
8	Onderzoek Triage revalidatiezorg start vanaf juni 2017, moet zorgpad beter gaan stroomlijnen.	22-5-2017 15:15
9	geen	21-5-2017 17:26
10	De vragen zijn wel erg activistisch gericht. Wat kunnen we er aan doen? Soms moet je verdragen wat je niet kunt veranderen. Is dat ook niet een van de kernpunten van goede palliatieve zorg?	17-5-2017 22:31
11	Ik heb wat moeite om vragen te prioriteren die worden toegelicht met 'bijvoorbeeld'. Gata het daar dan ook echt over of kan het ook nog anders worden ingevuld? Ik zou graag de vargen zelf wat scherper geformuleerd zien. (zie ook mijn toelichtende opmerkingen bij de 10 vragen)	17-5-2017 16:31
12	ik mis voedingsinterventie als behandeloptie	17-5-2017 13:43
13	Meer aandacht voor voeding!!	13-5-2017 15:30
14	de waarde van voedingstherapie (relatie voeding, voedingstoestand, voedingsadviezen) ontbreken in de enquête	11-5-2017 14:02
15	Neem de Rol van de diëtist en de rol van voeding mee!!!	10-5-2017 10:14
16	erg sumier, de vragen zijn heel breed	8-5-2017 9:24
17	Veel patiënten die ik bezoek zijn terminaal (prognose van dagen tot weken) en prioriteit is dan vaak nog beetje extra energie te ervaren, niet meer omgaan met vermoeidheid mbv behandeling ergo- of fysiotherapie	4-5-2017 13:00
18	helaas weinig toe te voegen. Jammer dat er maar 1 antwoord mogelijk is bij de gestelde vragen	3-5-2017 18:55
19	Graag zou ik zien dat er ook het belang van voeding in deze richtlijn wordt opgenomen.	1-5-2017 22:12
20	sorry, prioriteren toch ingewikkeld met die lange zinnen en veronderstellingen die slecht zichtbaar zijn op 1 pagina op de computer	1-5-2017 21:31
21	Graag aandacht voor Voeding bij Vermoeidheid bij Kanker.	1-5-2017 9:45
22	Verschil in diagnostiek en therapie in ziektegerichte palliatie versus symptoomgerichte palliatie vraagt wel aandacht	30-4-2017 19:32
23	Betrek actief de Diëtetiek, sluit een inadequate inname uit als mede-oorzaak vermoeidheid (afhankelijk van staium palliatie; ziekte dan wel symptoomgericht)	25-4-2017 15:19
24	Ik denk dat de oncologiefysiotherapeut een belangrijke rol kan spelen in de begeleiding van de patiënten in deze fase.	25-4-2017 8:38
25	mi is de psychosociale zorg nog steeds slecht georganiseerd . Naast vermoeidheid blijft seksualiteit ook een veel problemen geven en is hier weinig aandacht voor.	25-4-2017 8:11
26	Bij de medicatie was het niet mogelijk om meerdere antwoorden aan te vinken, terwijl dit er wel bij stond. Voor mij zijn alle soorten medicatie nog steeds te onbekend en dus knelpunten.	24-4-2017 21:24

27	Prima. Erg kort	24-4-2017 20:46
28	succes, is belangrijk thema	24-4-2017 14:20

B. Analyse enquête patiënten

Q1 Bent u?

Beantwoord: 54 Overgeslagen: 0

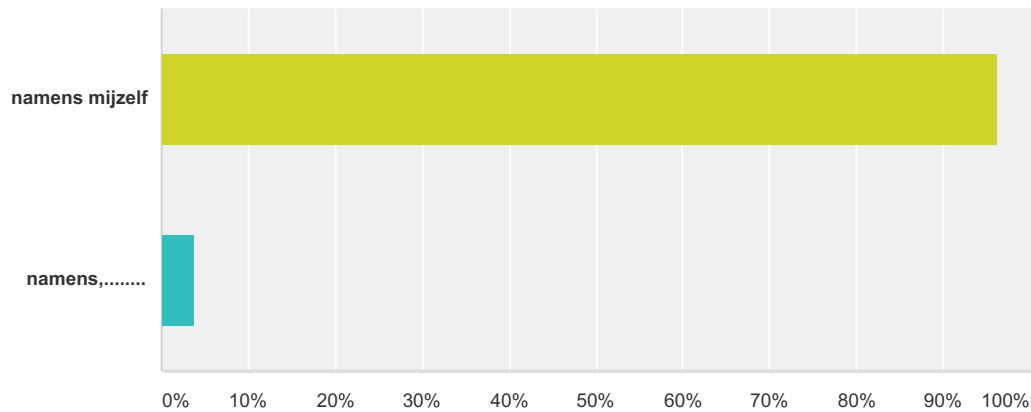


Antwoordkeuzen	Reacties
iemand met vermoeidheid ten gevolge van kanker	87,04% 47
een naaste van iemand met vermoeidheid ten gevolge van kanker	3,70% 2
een zorgverlener of andere medewerker bij een patiëntenorganisatie	3,70% 2
Anders, nl.:	5,56% 3
Totaal	54

#	Anders, nl.:	Datum
1	geen vermoeidheid	7-6-2017 16:36
2	Geen vermoeidheid	21-5-2017 20:31
3	geen last van vermoeidheid; onverminderde energie	15-5-2017 22:37

Q2 Ik reageer:

Beantwoord: 54 Overgeslagen: 0



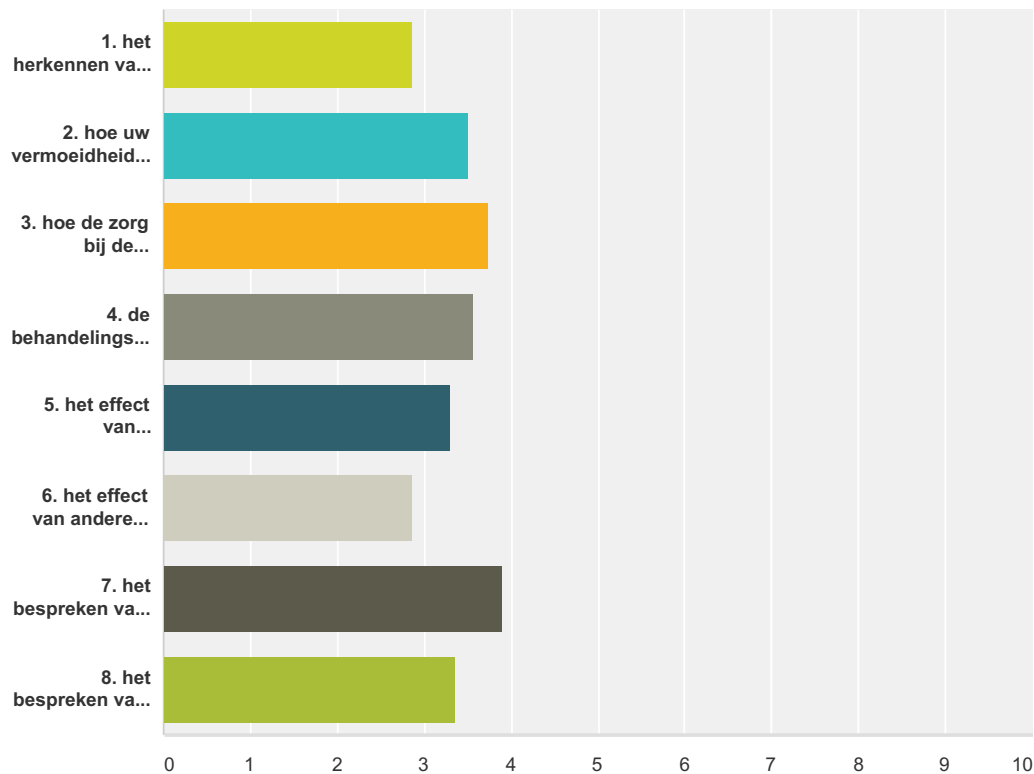
Antwoordkeuzen	Reacties
namens mijzelf	96,30% 52
namens,.....	3,70% 2
Totaal	54

#	namens,.....	Datum
1	Mijn echt genoot en als professionel.	10-6-2017 21:35
2	Een client	7-6-2017 18:00

Q3 Welke knelpunten ervaart u in de palliatieve zorg voor patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase? Prioriteer 1 t/m 5. Geef uw top 5 van knelpunten aan door een 1 aan te vinken bij het voor u belangrijkste knelpunt, bij het op één na belangrijkste knelpunt een 2 etc. Uw toelichting bij de door u geprioriteerde knelpunten helpt de werkgroep bij het selecteren van knelpunten die worden uitgewerkt in de richtlijn. Elk cijfer van 1 t/m 5 kan maar één keer aangevinkt worden. (Let op: Indien u voor de tweede keer hetzelfde cijfer aanvinkt bij een ander knelpunt, dan verspringt het vinkje.) U kunt bij maximaal vijf knelpunten een cijfer als antwoord geven, de overige knelpunten blijven leeg (die kunt u dus niet meer waarderen). Staat uw knelpunt(en) er niet tussen, geef dit dan onderaan de knelpuntenlijst aan bij: Welke andere knelpunten wilt u meegeven aan de werkgroep? Onderstaande knelpunten

hebben betrekking op de zorg voor patiënten met vermoeidheid bij kanker tijdens de verschillende stadia van de palliatieve fase. Ervaart u een knelpunt bij/in:

Beantwoord: 52 Overgeslagen: 2



	1 (belangrijkste knelpunt)	2	3	4	5	Totaal	Gewogen gemiddelde
1. het herkennen van uw vermoeidheid door uw arts of andere behandelaar(s)?	21,43% 3	14,29% 2	21,43% 3	14,29% 2	28,57% 4	14	2,86
2. hoe uw vermoeidheid wordt gemeten door uw arts of andere behandelaar(s)? Bijv. sluit de gekozen manier van meten aan bij uw persoonlijke situatie?	30,00% 3	20,00% 2	20,00% 2	30,00% 3	0,00% 0	10	3,50
3. hoe de zorg bij de behandeling van uw vermoeidheid is georganiseerd? Bijv. is het voor u duidelijk bij wie u terecht kunt voor uw vragen, of op welk moment de zorg overgaat van bijvoorbeeld de arts in het ziekenhuis naar de huisarts?	45,45% 5	18,18% 2	9,09% 1	18,18% 2	9,09% 1	11	3,73
4. de behandelingsmogelijkheden die er zijn voor uw vermoeidheid? Bijv. vindt u dat er voor u voldoende behandelingsmogelijkheden zijn die aansluiten bij uw situatie?	7,14% 1	57,14% 8	21,43% 3	14,29% 2	0,00% 0	14	3,57
5. het effect van beweging/lichamelijke activiteit bij de behandeling van uw vermoeidheid? Bijv. wat is de meerwaarde van de begeleiding door de fysiotherapeut of revalidatiearts, of digitale zelfhulp gericht op beweging/lichamelijke activiteit?	33,33% 7	9,52% 2	28,57% 6	9,52% 2	19,05% 4	21	3,29
6. het effect van andere behandelingen zoals therapie, acupunctuur, yoga, mindfulness, muziektherapie, creatief schrijven/schilderen?	14,29% 2	21,43% 3	28,57% 4	7,14% 1	28,57% 4	14	2,86

7. het bespreken van de oorzaak van uw vermoeidheid en/of de informatie die u krijgt van uw arts of andere behandelaar(s) over de oorzaak van uw vermoeidheid?	45,00% 9	20,00% 4	15,00% 3	20,00% 4	0,00% 0	20	3,90
8. het bespreken van de behandelingsmogelijkheden voor uw vermoeidheid met uw arts of andere behandelaar(s)?	30,30% 10	18,18% 6	24,24% 8	12,12% 4	15,15% 5	33	3,36

#	Comments for "1. het herkennen van uw vermoeidheid door uw arts of andere behandelaar(s)?"	Datum
1	Als ik over mijn echtgenoot na denk in de periode van 10 jaar geleden stemband kanker. Was er geen begeleiding omgiet mee om te gaan. Er is nooit gepraat over revalidatie etc.	10-6-2017 21:41
2	De arts weet niet wat hij er mee aan moet moet er maar mee leren leven. En verder wordt er niet over gesproken.	8-6-2017 16:11
3	Er wordt door specialist zelden naar gevraagd. Bespreken vh onderzoek ed vult het bezoek.	7-6-2017 22:56
4	er word maar gezegd het is niet niks wat je had maar de vermoeidheid gaat wel weg ben 4 jaar verder en het is zeker niet weg	7-6-2017 22:55
5	Tijdens het uitvoeren van bepaalde handelingen. Bv Snelwandelen .	7-6-2017 20:53
6	vermoeidheid blijkt bij huisartspraktijken ten eerste niet altijd als een medisch probleem te worden gezien(waardoor het contact soms beperkt blijft tot de huisartsassistente) en ,ten daarna voornamelijk slechts als symptoom(van een van de vele mogelijke medische aandoeningen/ziekten); het kan lang duren voordat de huisarts vermoeidheid herkent als aspect van kanker(en niet als gevolg van de kankerbehandeling). Dit geldt temeer bij een huisarts die nieuw is voor de patient cq voor wie de patient nieuw is.	7-6-2017 20:13
7	Ze begrijpen het niet	7-6-2017 19:41
8	Bij mijn client wordt het vaak afgedaan met, het hoort er bij.	7-6-2017 18:11
9	Als ik het zelf niet zeg word er niet naar gevraagd	7-6-2017 17:30
10	geen vermoeidheid	7-6-2017 16:38
11	Vermoeidheid als gevolg van behandeling of de ziekte kregen geen enkele aandacht.	20-5-2017 14:48
12	Elke arts erkent dat als je hormonen gebruikt dat je steeds wat energie inlevert, ik zelf gebruik nu bijna 10 jaar lucrin en casodex voel me nog energiek maar ga nooit meer over mijn grenzen heen van dat moet harder of meer ben nu 65 jaar dus had het in vroeg stadium rond 56 jaar was een en al power nu sinds bestraling 3 jaar geleden na uitzaaiing in heup en gebroken dijbeen loop ik niet veel meer.	20-5-2017 12:35
13	Arts adviseert me rustig aan te doen. Doe je niet te veel?	18-5-2017 10:08
14	Mijn oncoloog heeft niet echt een idee wat mijn vermoeidheid is. Het gaat relatief prima met me.	16-5-2017 19:19
15	Het belemmert in de dagelijkse bezigheden	16-5-2017 11:01
16	nvt	15-5-2017 22:38
17	Door de vermoeidheid heb ik gekozen om te stoppen met werken. Ik heb dit aangegeven bij de bedrijfsarts die vond echter dat ik door moest bijten.	12-5-2017 20:53
18	Ik ben snel moe, ik heb als ik voor de chemokuren in het ziekenhuis ben krijg ik fysiotherapie. Om een beetje conditie op te bouwen dat doe ik op de hometrainer en thuis probeer ik het ook op de hometrainer en wandelen met de hond. Maar meer als 10 minuten is al er vermoeiend.	11-5-2017 21:39
19	Zowel de chirurg, de bedrijfsarts en de huisarts herkennen en erkennen het probleem.	10-5-2017 8:00
20	herkend wordt het wel maar "dat hoort er nu eenmaal bij"	9-5-2017 20:22
21	De klachten niet gelijk serieus nemen altijd een andere uitweg zoeken te gaan laat slapen te veel doen overdags	9-5-2017 18:56
22	altijd vermoeidheid verschijnselen	9-5-2017 18:07
23	Er wordt niet naar gevraagd en ik heb meer last van andere bijwerkingen en benoem dit zelf ook niet.	9-5-2017 15:01
24	Komt eigenlijk nooit ter sprake, tenzij ik er zelf over begin	9-5-2017 14:31
25	Het is aan de patiënt om dit onderwerp ter tafel te brengen.	9-5-2017 10:57
26	Mijn arts herkent de vermoeidheid niet. Bij consulten wordt er nooit over gesproken.	8-5-2017 21:50
#	Comments for "2. hoe uw vermoeidheid wordt gemeten door uw arts of andere behandelaar(s)? Bijv. sluit de gekozen manier van meten aan bij uw persoonlijke situatie?"	Datum

1	Wat ik hier boven al aan gaf. Ook ervaar ik als Wijkverzorgende (nu 3e jaars Verpleegkundige) dat er toch ook veel cliënten niet serieus genomen wordt. Maar ook vaak als lastig wordt gezien. Want het hoort er bij.	10-6-2017 21:41
2	is er niet	8-6-2017 9:57
3	Huisarts staat er af en toe bij stil, maar meestal gaat het alleen over wat mijn vraag is, bv nieuw recept, toelichting op uitslag vh onderzoek. Dergelijke	7-6-2017 22:56
4	Heb het uitgevoerd tijdens de Hoestkrachtstudie.	7-6-2017 20:53
5	Wordt totaal onderkent	7-6-2017 19:41
6	De client heeft leukemie, en kan de hele dag wel slapen. Krijgt sonde voeding en is erg vermoeid.	7-6-2017 18:11
7	Ze hebben mij nog nooit gevraagd of ik moe ben	7-6-2017 17:30
8	om 2 maanden door de POH van de huisarts door de trap op en neer te lopen	7-6-2017 16:49
9	Vermoeidheid wordt over gesproken, maar niet gemeten	7-6-2017 16:41
10	zie vorige vraag	7-6-2017 16:38
11	Eigenlijk weinig interesse/vragen m.b.t. vermoeidheid bij mijn behandelaars	20-5-2017 21:03
12	werd niet naar gevraagd, laat staan dat het is gemeten. Op mijn vraag hoe ik de vermoeidheid moest aanpakken kwam een heel vaag antwoord.	20-5-2017 14:48
13	nee, word niet gemeten.	20-5-2017 12:35
14	Momenteel uitzaaide prostaatcancer en behandeling met Eligard en Enzylatamide hierdoor vermoeidheid.	19-5-2017 18:52
15	Valkuil: teveel doen/willen. Leren aan te passen aan het lichaam.	18-5-2017 10:08
16	De artsen begrijpen dat ik moe ben verder word er niets aan gedaan ,ben voortdurend op zoek om energieker te worden.	18-5-2017 9:31
17	Wordt niet gemeten. Vermoeidheid is stabiel in deze fase.	16-5-2017 19:19
18	Krijg vaak het advies om 's middags te rusten, maar dat lukt me niet!	16-5-2017 11:01
19	nvt	15-5-2017 22:38
20	Weinig begrip getoond door de bedrijfsarts iedere keer de vraag gehad wanneer denkt u hele dagen te gaan werken . Ik moest maar fysio gaan doen	12-5-2017 20:53
21	Word niet gemeten maar wel aangenomen	11-5-2017 21:39
22	het werd niet gemeten	9-5-2017 20:22
23	niets gedaan	9-5-2017 18:07
24	Zie boven	9-5-2017 14:31
25	Mijn vermoeidheid wordt niet gemeten, omdat ik het zelf geen onderwerp ter bespreking vind.	9-5-2017 10:57
26	Er wordt niet gemeten.	8-5-2017 21:50
#	Comments for "3. hoe de zorg bij de behandeling van uw vermoeidheid is georganiseerd ? Bijv. is het voor u duidelijk bij wie u terecht kunt voor uw vragen, of op welk moment de zorg overgaat van bijvoorbeeld de arts in het ziekenhuis naar de huisarts?"	Datum
1	Is op dit moment niet van toepassing	10-6-2017 21:41
2	Heb hier niet over gesproken	8-6-2017 20:09
3	bij mezelf	8-6-2017 9:57
4	Dergelijke vragen zijn voor de huisarts. Ziekenhuis deskundige (voor mij endocrinologe en kno arts) staan daar niet bij stil.	7-6-2017 22:56
5	ik ben in een hel zwart gat gevallen door te weinig info wat er zou of kon komen	7-6-2017 22:55
6	Heb dit nog niet ervaren.	7-6-2017 20:53
7	Het is wel bekend waar wij met vragen terecht kunnen, alleen krijgen wij als zorg verlener geen direct antwoord op de vragen die wij stellen. Daar belt de arts dan weer apart over terug.	7-6-2017 18:11
8	Ik ben nu vaker bij mijn huisarts en die vraagt wel naar de vermoeidheid	7-6-2017 17:30

9	Vermoeidheid blijkt na 5 jaar na behandeling nog hevig. Ik heb een heel revalidatieraject doorlopen maar in feite is er niet gezocht naar de oorzaak. De oorzaak bij mij zit in het gebrek aan eiwitten in de voeding. Ik heb grote slikproblemen en kan geen vast voedsel meer eten. Ik leef op drinkvoeding, Maar de voeding op lactosebasis kan ik niet verdragen. Zodra het eiwitprobleem is opgelost is ook de vermoeidheid opgelost. Dat verband wordt nauwelijks serieus genomen. Dat moet je maar zelf uitzoeken.	7-6-2017 16:41
10	idem	7-6-2017 16:38
11	nee, geen aandacht/zorg voor de vermoeidheid	20-5-2017 21:03
12	Later kwam ik er zelf achter dat er een programma voor oncologische revalidatie bestaat en dat ik in een centrum medische fitness vergoed kon krijgen.	20-5-2017 14:48
13	nee, ik weet niet waar ik terecht moet, volgens mij moet je daar zelf voor kiezen. ze zeggen bewegen en bewegen ja dat doe ik lopen iets minder maar bij geen regen zit ik op de e- bike en toer rond 30 / 60 km.	20-5-2017 12:35
14	Deze zorg is niet georganiseerd. Professor Geritssen van het UMCN geeft aan dat de vermoeid zal toenemen door gebruik medicatie. Ik zelf moet dit handelen.	19-5-2017 18:52
15	Alleen contact met de oncoloog. Mooi gecentreerd en maximaal één maal per maand naar het ziekenhuis. Plus de CT-scan. Zo blijft er ruimte voor een "normaal" leven. Vaak naar het ziekenhuis/zorgverlener gaan is belastend en voegt soms niet zoveel toe.	18-5-2017 10:08
16	ik krijg over het algemeen weinig informatie of halve antwoorden	18-5-2017 9:31
17	Is nooit duidelijk uitgesproken	16-5-2017 11:01
18	nvt	15-5-2017 22:38
19	De stoma verpleegkundige van het Lange Land ziekenhuis heeft mij in deze meer geholpen dan wie dan ook.	12-5-2017 20:53
20	Zoals in vraag 1 beantwoord	11-5-2017 21:39
21	niet duidelijk bij wie je terecht kan.	9-5-2017 21:32
22	zowel de specialist als de huisarts vonden dat het erbij hoorde en vanzelf weer over zou gaan	9-5-2017 20:22
23	niet duidelijk	9-5-2017 18:07
24	Als ik het nodig vind om hierover te spreken dan denk ik dat ik eerder naar de huisarts zal gaan dan naar mijn medisch oncoloog.	9-5-2017 10:57
25	Voor mij is dit totaal onduidelijk. Het enige waar ik begrip en hulp kan vinden is bij het revalidatiecentrum waar ik op school heb gezeten, maar bij mijn specialist in het academisch ziekenhuis hoef ik hier geen hulp voor te zoeken.	8-5-2017 21:50
#	Comments for "4. de behandelingsmogelijkheden die er zijn voor uw vermoeidheid? Bijv. vindt u dat er voor u voldoende behandelingsmogelijkheden zijn die aansluiten bij uw situatie?"	Datum
1	Zie ook het antwoord hier boven	10-6-2017 21:41
2	Nog geen hulp	8-6-2017 20:09
3	Wordt niets aan gedaan en word niet over gesproken.	8-6-2017 16:11
4	Nee, ik zou het niet weten. Spreek zeer regelmatig tvv bezoek v iedere arts over vermoeidheid, moe, gedurende gehele dag soms.	7-6-2017 22:56
5	Ruim Voldoende .Er worden zeer goeie oefeningen gegeven.	7-6-2017 20:53
6	Er wordt tot nu toe niet veel,aandacht aan besteed.	7-6-2017 18:11
7	Geen idee wat voor behandel ogelijkheden er zijn	7-6-2017 17:30
8	Op de eerste plaats moet er goede voeding met voldoende eiwitten zijn voordat je aan fysiotherapie kunt beginnen en vermoeidheid kunt bestrijden. Als er geen benzine in de tank zit kun je geen vermoeidheid bestrijden.	7-6-2017 16:41
9	idem	7-6-2017 16:38
10	geen behandeling	20-5-2017 21:03
11	heb dat zelf uitgezocht.	20-5-2017 14:48
12	ja sportscholen fysiotherapie enz. wel allemaal zelf betalen. of moet onder Chronisch vallen.via huisarts	20-5-2017 12:35
13	Ik regel dit zelf, door schade en schande wordt men wijs	19-5-2017 18:52
14	Beweging geeft mij energie. Samen met verse/rauwe voeding (voldoende vitamine C) en muziek ben ik in balans.	18-5-2017 10:08

15	ik aanvaard de vermoeidheid. Additionele behandelingen voor vermoeidheid zijn mij onbekend.	16-5-2017 19:19
16	Ik heb geen idee wat er voor behandelingen zijn voor vermoeidheid, zelf doe ik aan aquajoggen en oncofit om in conditie te blijven en elke dag lopen met de hond!	16-5-2017 11:01
17	nvt	15-5-2017 22:38
18	Welke behandelingsmogelijkheden?	12-5-2017 20:53
19	Als ik in het ziekenhuis ben wel daar buiten is het moeilijk om de juiste hulp te krijgen.	11-5-2017 21:39
20	door niemand voorgelicht of er behandelingsmogelijkheden zijn..	9-5-2017 21:32
21	zijn er behandelingsmethodes ?????	9-5-2017 20:22
22	Veel baat gehad bij het HDI, waar ze ervaring hebben met kankerpatienten.	9-5-2017 20:06
23	geen idee waar ik daar voor terecht kan	9-5-2017 18:56
24	hulp van arts	9-5-2017 18:07
25	Nee, er wordt niet naar gevraagd en als vanzelfsprekend gevonden als één van de bijwerkingen. Ook door mijzelf.	9-5-2017 15:01
26	Zie boven, heb het idee dat er geen of weinig aandacht laat staan behandeling voor is.	9-5-2017 14:31
27	Zeker, maar ik heb er geen behoefte aan. Volgens mij ben je dan teveel met vermoeidheid bezig en dat kan heel vermoeiend zijn. Dagelijks rusten is voor mij voldoende.	9-5-2017 10:57
28	Voor zover ik weet, is mijn chronische vermoeidheid (tgv hersenletsel) niet te behandelen.	8-5-2017 21:50
#	Comments for "5. het effect van beweging/lichamelijke activiteit bij de behandeling van uw vermoeidheid? Bijv. wat is de meerwaarde van de begeleiding door de fysiotherapeut of revalidatiearts, of digitale zelfhulp gericht op beweging/lichamelijke activiteit?"	Datum
1	Ik ga een keer per week op eigen gevoel naar fitnis daarna voel ik me bijna altijd beter. Als ik niet kan omdat ik te moe ben voelt mijn lichaam niet fijn.	10-6-2017 21:26
2	Wordt niet over gesproken.	8-6-2017 16:11
3	Ik slik die pillen (euthyrox 1 x per dag) maar merk geen verbetering.	8-6-2017 10:57
4	door veel te bewegen voel ik me beter	8-6-2017 9:57
5	Ik zou het niet weten. Mijn adagium is blijf bewegen, doe iets. Dat is tuinonderhoud, wandelen met de hond iedere dag, blijf bewegen.heb nog genoeg dingen	7-6-2017 22:56
6	Gewoon proberen	7-6-2017 21:37
7	Is merkbaar.	7-6-2017 20:53
8	Het zou goed zijn als er meer begeleiding zou komen voor deze cliënten, helaas schiet dit vaak te kort. Dit is iets wat wij in de wijkzorg veel tegen aanlopen.	7-6-2017 18:11
9	Nooit fysio of iets dergelijks gehad	7-6-2017 17:30
10	Nauwelijks effect in mijn situatie omdat ik door olopend gebrek aan eiwitten spieren aan het opeten ben. Ik ben gestopt met fysio en met revalidatie omdat ik door inspanning een aantal keren flauwviel van inspanning op de fiets.	7-6-2017 16:41
11	idem	7-6-2017 16:38
12	nooit geprobeerd, nooit aangereikt door arts	20-5-2017 21:03
13	zelf gaan uitzoeken	20-5-2017 14:48
14	Fysiotherapeut masseert de rug helpt nu met gebroken dijbeen en ondersteunt me.ik kom daar al jaren.nu met gebroken dijbeen waar op dit moment geen bot wordt aan gemaakt, kan ik niet veel.	20-5-2017 12:35
15	Tweemaal per week fitness ik onder begeleiding van een fysiotherapeut. Noodzaak vanwege ontbreken testosteron door behandeling.	19-5-2017 18:52
16	De gewone sport met anderen voldoet prima. De leidinggevende kan er, door ervaring, goed mee omgaan.	18-5-2017 10:08
17	Een onco fysiotherapeut kent precies de beperkingen van de patient en kan daardoor advies op maar geven!	16-5-2017 11:01
18	nvt	15-5-2017 22:38
19	Ik ben sinds een paar maanden aan het sporten maar s'middags trek ik het niet en ga dan even rusten	12-5-2017 20:53
20	Het geeft me wel iets meer kracht en energie maar gaat heel erg langzaam.	11-5-2017 21:39

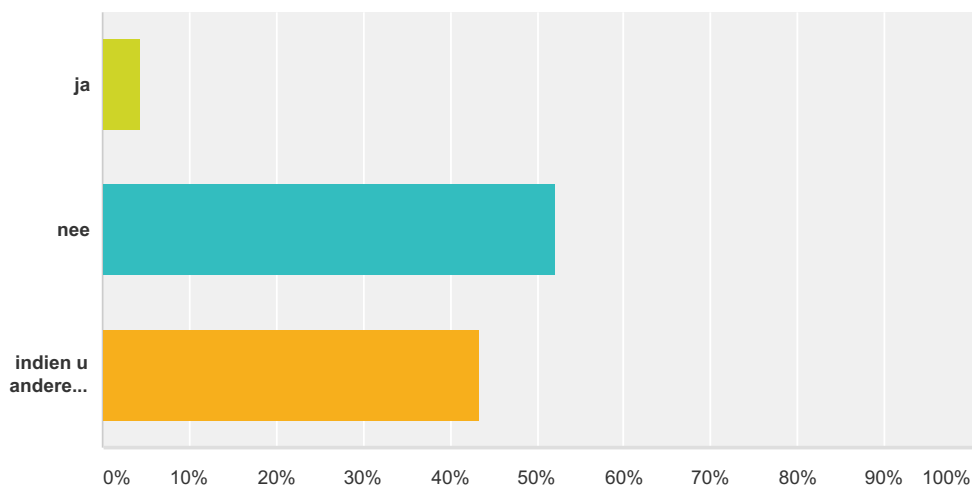
21	ik ben zelf gaan wandelen en heb zo mijn conditie weer opgebouwd. Begeleiding zou wel prettig geweest zijn	9-5-2017 20:22
22	geen ervaring mee	9-5-2017 18:56
23	doe nu cardio fitness onder begeleiding zeker aan te raden zeer goede baat bij	9-5-2017 18:07
24	Bewegen, in zijn algemeenheid, geeft en neemt energie. Wanneer dit niet kan door lichamelijke "ongemakken" of door het gebrek aan concrete hulp (waar, bij wie en wie betaalt dit ?) vanwege "uitzonderingspositie" bevordert dit het 'moe gevoel'.	9-5-2017 15:01
25	Ik beweeg veel (zelf bedacht dat dat goed is). Begeleiding zou goed zijn, goede verwijzing door arts ook.	9-5-2017 14:31
26	De bijwerkingen van mijn anti-kankermiddelen zijn problematischer dan de ervaren vermoeidheid.	9-5-2017 10:57
27	Nooit besproken.	8-5-2017 21:50
#	Comments for "6. het effect van andere behandelingen zoals therapie, acupunctuur, yoga, mindfulness, muziektherapie, creatief schrijven/schilderen?"	Datum
1	NVT ik wandel veel.	10-6-2017 21:26
2	Wordt niet over gesproken	8-6-2017 16:11
3	Geen ervaring mee	8-6-2017 14:50
4	pianospelen en luisteren naar muziek	8-6-2017 9:57
5	Heb nog genoeg dingen om handen in en rond huis. Niet kunnen praten (gelarytecteerd) is probleem om contact te maken. Wel een op een, maar in groep lukt dat niet.	7-6-2017 22:56
6	heeft mijn niet geholpen	7-6-2017 22:55
7	Normaal	7-6-2017 20:53
8	Dit is niet voor iedereen weg gelegd, of men heeft de puff om wat te gaan ondernemen.	7-6-2017 18:11
9	Nooit gehad	7-6-2017 17:30
10	Geen inbloed	7-6-2017 16:41
11	idem	7-6-2017 16:38
12	onbekend, zou ik wel willen proberen	20-5-2017 21:03
13	Mindfulness heb ik gevolgd 1 jaar was zeer leuk maar dat hield op. 4 jaar geleden.	20-5-2017 12:35
14	Voor MINDFULNESS heb ik de rust niet	19-5-2017 18:52
15	Speel klarinet, sinds 3 jaar, ben lid van de harmonie en beoefen pilates en dynamische hatha yoga.	18-5-2017 10:08
16	Ik heb daar niets mee, een ieder moet zelf doen wat voor haar/hem de beste ontspanning geeft	16-5-2017 11:01
17	nvt	15-5-2017 22:38
18	Nog geen gebruik van gemaakt	12-5-2017 20:53
19	Ik heb alleen fysiotherapie	11-5-2017 21:39
20	het zal zeker voor wat afleiding hebben gezorgd	9-5-2017 20:22
21	geen ervaring mee	9-5-2017 18:56
22	helpt niets	9-5-2017 18:07
23	Weet uit eigen ervaring, en op eigen initiatief dat het helpt. Heeft eveneens weinig aandacht in de behandeling.	9-5-2017 14:31
24	Nooit besproken.	8-5-2017 21:50
#	Comments for "7. het bespreken van de oorzaak van uw vermoeidheid en/of de informatie die u krijgt van uw arts of andere behandelaar(s) over de oorzaak van uw vermoeidheid?"	Datum
1	Ik krijg altijd te horen ik zal niet weten hoe ik u daar bij kan helpen.	8-6-2017 16:11
2	De arts denkt dat het mijn schildklier is maar omdat ik van de pillen geen effect merk, vraag ik me af of dat de goede diagnose is.	8-6-2017 10:57
3	doe ik alleen met mijn echtgenoot	8-6-2017 9:57
4	Vind ik wel belangrijk, maar ken daarvoor te weinig de regels, mogelijkheden hier in Frankrijk.	7-6-2017 22:56

5	het antwoord blijft onduidelijk steeds weer	7-6-2017 22:55
6	weinig over gesproken.	7-6-2017 20:53
7	zie bij 1.	7-6-2017 20:13
8	Is niet bespreekbaar	7-6-2017 19:41
9	Het is wel bespreekbaar, maar vaak wordt het afgedaan dat het hoort bij de ziekte en het ziekte verloop.	7-6-2017 18:11
10	Ik heb het er niet over, ik dacht dat het aan mij ligt	7-6-2017 17:30
11	Vaak genoeg gesproken maar niemand heeft oplossing voor slikproblemen en chronisch eiwit tekort	7-6-2017 16:41
12	idem	7-6-2017 16:38
13	geen onderwerp, geen interesse hiervoor bij behandelaars	20-5-2017 21:03
14	ik heb gewoon alles geaccepteerd, zie om me heen mensen die zo hard sporten dat ze echt na 3 a 4 jaar omvallen, put je lichaam niet uit en accepteert dat je een kortere eind datum hebt. Lekker fietsen maakt het kopje leeg s` morgens met goedemorgen Nederland probeer daar de helft met mee te doen, kan je alles vol houden, super.	20-5-2017 12:35
15	Erkenning en meer niet	19-5-2017 18:52
16	Is bekend. Het functioneren van de lever.	18-5-2017 10:08
17	Zou wel wat meer feedback willen van de behandelaar	16-5-2017 11:01
18	nvt	15-5-2017 22:38
19	Allen maar van de stoma verpleegkundige de artsen spreken er niet over. Ik vind dat dit door hun ter sprake gebracht mag worden	12-5-2017 20:53
20	Ik heb van mijn oncoloog nog geen duidelijkheid gekregen	11-5-2017 21:39
21	zie vraag 3	9-5-2017 20:22
22	zoals eerder beschreven word niet erg serieus genomen daarin	9-5-2017 18:56
23	werkt niet	9-5-2017 18:07
24	Voor mij is het duidelijk waar de vermoeidheid vandaan komt.	8-5-2017 21:50
#	Comments for "8. het bespreken van de behandelingsmogelijkheden voor uw vermoeidheid met uw arts of andere behandelaar(s)?"	Datum
1	Het zelfde	8-6-2017 16:11
2	Voldoende	8-6-2017 14:50
3	De arts denkt dat het met mijn schildklier te maken heeft en heeft mij daarvoor medicijnen gegeven maar ik slik nu 3 maanden en merk weinig of geen verschil. Ik weet niet wat ik er verder aan kan doen.	8-6-2017 10:57
4	doe ik niet	8-6-2017 9:57
5	Tijd? Wel soms over behandelingsmogelijkheden zijn beperkt....	7-6-2017 22:56
6	niet echt gebeurd nu 4 jaar verder ben ik niks wijzer alleen nog steeds moe	7-6-2017 22:55
7	idem	7-6-2017 16:38
8	Ik wordt niet behandeld voor vermoeidheid is ook niet nodig	21-5-2017 20:37
9	nee, is niet aan de orde	20-5-2017 21:03
10	zie eerdere toelichting	20-5-2017 14:48
11	Moet wel kunnen, maar heb nog weinig zin om dat te veranderen, is voor iedereen zelf zijn verantwoordelijk te nemen.	20-5-2017 12:35
12	Niet	19-5-2017 18:52
13	niet nodig door ervaring met ziekte van Pfeiffer op 15 jarige leeftijd. Deal er dus al erg lang mee.	18-5-2017 10:08
14	Er is vanuit de arts geen aandacht voor vermoeidheid. Het wordt niet besproken tenzij ik het zelf aangeef. Dan wordt er aan gegeven dat het een bekende bijwerking is maar verder geen actie op ondernomen.	18-5-2017 8:36
15	Blijft lastig als je in de palliatieve fase zit, door alle behandeling heb je snel een tekort aan leukocyten en daardoor vermoeid. Maar ook door uitzaaiingen loop je beperkingen op	16-5-2017 11:01

16	nvt	15-5-2017 22:38
17	niet over gesproken vandaar dat ik een regeling heb genomen om te stoppen met werken dit werd te zwaai voor mij .Had ik geweten dat dit bij mij ziekte hoorde dan was ik misschien wel gegaan voor een gedeeltelijke via.	12-5-2017 20:53
18	Ik ga het bespreken met mijn oncoloog tijdens ons volgende gesprek	11-5-2017 21:39
19	zie vraag 3	9-5-2017 20:22
20	zelf gekomen met het idee	9-5-2017 18:07
21	Zie boven	9-5-2017 14:31

Q4 Ervaart u nog andere knelpunten?

Beantwoord: 46 Overgeslagen: 8



Antwoordkeuzen	Reacties
ja	4,35% 2
nee	52,17% 24
indien u andere knelpunten ervaart welke bijvoorbeeld:	43,48% 20
Totaal	46

#	indien u andere knelpunten ervaart welke bijvoorbeeld:	Datum
1	Moeilijk om te bespreken	8-6-2017 20:09
2	letten op het eetgedrag is heel belangrijk	8-6-2017 9:57
3	de ziekenhuizen en dan vooral de dokters en de hulp het is echt slecht vooral als je bent geholpen en zo maar in het diepe word gegooid je verzuipt in alles	7-6-2017 22:55
4	voor patiënten is niet altijd duidelijk wanneer er sprake is geworden van de palliatieve fase.;laat staan of en zo ja wanneer de aan de kanker gerelateerde vermoeidheid een nieuwe/andere lading gaat krijgen en of/wanneer daar een andere manier van aanpak in de rede komt.	7-6-2017 20:13
5	Uitkeringsinstanties snappen er niets van	7-6-2017 19:41
6	Vaak het onbegrip van de naaste familie leden, deze willen zien dat de client veel onderneemt etc. De client voelt zich vaak niet begrepen en er alleen voor staan.	7-6-2017 18:11
7	Geen idee	7-6-2017 17:30
8	Deze enquête. Ik snap de vragenlijst en manier van invullen niet (1 t/5 invullen en dan maar drie rondjes)	7-6-2017 17:04
9	Droge mond, geen reuk, geen smaak doofheid door bestraling in combinatie met chemo	7-6-2017 16:41

10	goed voorlichting over de ziekte en de mogelijke behandelopties	20-5-2017 14:48
11	Dat huis artsen op tijd toucheren en doorsturen naar uroloog zeker als er prostaat ontstekingen zijn geweest. Ben in begin fase naar Blixembosch Eindhoven geweest maar werd niet aangenomen omdat je niet meer genezen word, daar leer je in een groep hoe om te gaan met dit alles, nu moest ik het zelf uit zoeken.	20-5-2017 12:35
12	Concentratiestoornis en vergeetachtigheid	19-5-2017 18:52
13	Soms denk ik dat medicatie (te) snel gewijzigd wordt.	18-5-2017 10:08
14	Uitzaaignen in botten bekken en schaambeene, waardoor ik niet alleen moe ben, maar ook veel pijn en van pijn word je ook heel moe!	16-5-2017 11:01
15	Door de stoma, veel last door de kleding ,van lekkages	12-5-2017 20:53
16	Acceptatie bij de werkgever. Het is vaak niet aan je te zien, dat je vermoeid bent en eerder vertrekken of aangepaste werktijden is moeilijk bespreekbaar.	11-5-2017 11:41
17	Dat als je geopereerd ben en alles is weggehaald haalt je zelf maar hulp moet zoeken. Zowel geestelijk als lichamelijk.	9-5-2017 21:32
18	Hulp en bijstand van uit de gemeente	9-5-2017 18:56
19	geen enkel begrip in het bedrijfsleven bij postnl , zelfs zeer grote ruzies gehad met mij leidinggevende ,dat liep zover ,dat ik hem wilden vernietigen ,was vreselijk onmens ,kom liever niet tegen anders weet ik het nog niet!!	9-5-2017 18:07
20	Doordat ik, door het UWV, in de hoogste arbeidsongeschiktheid groep geplaatst ben, heeft mijn werkgever mij ontslagen. Hierdoor is mijn re-integratie, die alleen maar opbouw vertoende in uren en mij ritme gaf verloren gegaan. Hierdoor kan ik makkelijker "toegeven" aan mijn moeheid en wordt niet gestimuleerd om deze, tot zover dit kan, tegen te gaan. Vrijwilligerswerk, in mijn beroep, doe ik we, maar geeft toch minder voldoening.	9-5-2017 15:01

Q5 Eventuele andere opmerkingen over de enquête kunt u hier aangeven:

Beantwoord: 12 Overgeslagen: 42

#	Reacties	Datum
1	Woon in frankr en zeker niet in details kennis vd gezondheidszorg, kijk daarvoor op nederl sites.	7-6-2017 22:57
2	Geen bijzonderheden	7-6-2017 20:53
3	De allereerste vraag is of de respondent iemand is met vermoeidheid ten gevolge van kanker.(Dat ben ik) De vragen daarna gaan uit van de vooronderstelling dat de respondent uit eigen ervaring weet van knelpunten in het omgaan van de medische omgeving met vermoeidheid bij kanker IN DE PALLIATIEVE FASE(ik zit niet in de palliatieve fase). . Dit is een onderzoeksmethodische inconsistentie in deze enquête..	7-6-2017 20:21
4	De vermoeidheid is in de loop van de afgelopen 20 jaar wel heel anders geworden, bovendien word je zowiezo wat ouder	7-6-2017 17:05
5	Ik heb neusholtekanker. U legt geen verband met soort kanker	7-6-2017 16:42
6	Niet echt duidelijk de vraag stelling	21-5-2017 20:37
7	Zit zelf bij inloop huizen in Helmond en Eindhoven al 9 jaar. ook doe ik o800 tel dienst prostaat stichting, dus bezig genoeg. groetjes Bert	20-5-2017 12:37
8	De vermoeidheid is onvoorspelbaar en staat los van wat je gedaan hebt. Toch blijf je zoeken naar het waarom.	19-5-2017 18:53
9	Al na 2 maanden na de laatste behandelingen (in- en uitwendige bestraling, chemo en operatie) ben ik parttime gaan werken. Al in het ziekenhuis ben ik gestart met opbouw van kracht en uithoudingsvermogen. Na 2 jaar kon ik mijn parttime wao uitkering laten stopzetten en werkte ik weer fulltime. Ik heb een dergelijke houding ook mogen ervaren bij meerdere mensen. Een (ex-)collega die na zware behandelingen tegen eierstokkanker 9 weken na ontslag uit het ziekenhuis al weer parttime werkt. Een lotgenote die na loodzware behandelingen als jonge moeder weer alle energie heeft om aan het leven mee te doen, met als motto: klagen helpt niet! Ga ervoor! Dat wil ik graag als motto voor allen meegeven.	15-5-2017 22:46
10	5 antwoorden met 8 vragen is niet logisch	9-5-2017 20:22
11	weinig begrip bij bedrijfsleven en mede mens	9-5-2017 18:08

12	Ik ben zo blij met het gegeven dat ik goed reageer op de bestaande middelen, dat ik die vermoeidheid op de koop toe neem.	9-5-2017 10:59
----	---	----------------

2511 **Bijlage 7 Uitgangsvragen**

2512

2513 **Uitgangsvraag 1: Psycho-educatie**

2514 Wat zijn de effecten van psycho-educatie in vergelijking met geen psycho-educatie op vermoeidheid,
2515 kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve
2516 fase?

2517

2518 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase

2519 **Interventie** Psycho-educatie, psycho-education, nursing intervention, energy conservation

2520 **Comparator** Geen psycho-educatie, geen niet-nursing interventie met potentieel effect op de
2521 outcome measurements, geen energy conservation

2522 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, (fysiek) functioneren

2523

2524 **Uitgangsvraag 2: Corticosteroïden**

2525 Wat is het effect van corticosteroïden (dexamethason, predniso(lo)n, methylprednisolon) op
2526 vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren ten opzichte van placebo, geen behandeling of
2527 andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

2528

2529 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid en kanker in de palliatieve fase

2530 **Interventie** Corticosteroïden, dexamethason, predniso(lo)n methylprednisolon

2531 **Comparator** Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling

2532 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren

2533

2534 **Uitgangsvraag 3: Psychostimulantia**

2535 Wat is het effect van psychostimulantia op vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren ten
2536 opzichte van placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met
2537 vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

2538 **Patiënten** Patiënten met kanker in de palliatieve fase en vermoeidheid

2539 **Interventie** Psychostimulantia, methylfenidaat, dexamfetamine, modafinil

2540 **Comparator** Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling

2541 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren.

2542

2543 **Uitgangsvraag 4: Antidepressiva**

2544 Wat is het effect van antidepressiva op vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren ten opzichte van
2545 placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij
2546 kanker in de palliatieve fase?

2547

2548 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid en kanker in de palliatieve fase

2549 **Interventie** Antidepressiva, paroxetine, of andere (selectieve) serotonineheropnameremmer
2550 (SSRI)

2551 **Comparator** Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling

2552 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren

2553

2554

2555 **Uitgangsvraag 5: Beweging en lichamelijke activiteit**

2556 Wat zijn de effecten van beweging/lichamelijke training op vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek)
2557 functioneren in vergelijking met geen beweging/lichamelijke training bij patiënten met vermoeidheid bij
2558 kanker in de palliatieve fase?

2559
2560 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase
2561 **Interventie** Beweging/lichamelijke training
2562 **Comparator** Geen beweging/lichamelijke training
2563 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren

2564

2565 **Uitgangsvraag 6: Psychosociale interventies**

2566 Wat zijn de effecten op vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren van psychosociale
2567 interventies in vergelijking met geen psychosociale interventies bij patiënten met vermoeidheid bij
2568 kanker in de palliatieve fase?

2569

2570 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid en kanker in de palliatieve fase
2571 **Interventie** psychosociale interventies
2572 **Comparator** Geen psychosociale interventies
2573 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, (fysiek) functioneren

2574 Bijlage 8 Zoekverantwoording

2575

2576 Uitgangsvraag 1: Psycho-educatie

2577 Wat zijn de effecten van psycho-educatie in vergelijking met geen psycho-educatie op vermoeidheid,
2578 kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve
2579 fase?

2580

2581 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase

2582 **Interventie** Psycho-educatie, psycho-education, nursing intervention, energy conservation

2583 **Comparator** Geen psycho-educatie, geen niet-nursing interventie met potentieel effect op de
2584 outcome measurements, geen energy conservation

2585 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, (fysiek) functioneren

2586

2587 Zoek strategieën:

2588 Pubmed

2589 (Cancer[TIAB] OR cancer[OT] OR neoplasms[Mesh] OR adenocarcinoma[TIAB] OR
2590 adenocarcinoma*[TIAB] OR adenosarcoma[TIAB] OR adenosarcoma*[TIAB] OR antineoplastic[TIAB]
2591 OR carcinoid[TIAB] OR carcinoid*[TIAB] OR carcinoma[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR
2592 glioblastoma[TIAB] OR glioblastoma*[TIAB] OR glioma[TIAB] OR glioma*[TIAB] OR Hodgkin[TIAB] OR
2593 Hodgkin*[TIAB] OR leukaemia[TIAB] OR leukaemi*[TIAB] OR leukemia[TIAB] OR leukemi*[TIAB] OR
2594 lymphoma[TIAB] OR lymphoma*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR melanoma[TIAB] OR melanoma*[TIAB]
2595 OR metastasis[TIAB] OR metastatic[TIAB] OR myelodysplas*[TIAB] OR myeloma[TIAB] OR
2596 myeloma*[TIAB] OR neoplasia[TIAB] OR neoplasia*[TIAB] OR neoplasm[TIAB] OR neoplasm*[TIAB]
2597 OR nonseminoma*[TIAB] OR oncology[TIAB] OR osteosarcoma[TIAB] OR osteosarcoma*[TIAB] OR
2598 sarcoma[TIAB] OR sarcoma*[TIAB] OR seminoma*[TIAB] OR teratoma*[TIAB] OR tumor[TIAB] OR
2599 tumour[TIAB] OR tumour*[TIAB] OR waldenstrom*[TIAB]) AND (("Palliative Care"[Mesh] OR "Palliative
2600 Medicine"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh] OR Palliat*[TIAB] OR
2601 palliative[TIAB] OR "palliative care"[TIAB] OR palliation[TIAB] OR palliate[TIAB] OR palliating[TIAB] OR
2602 hospice[TIAB] OR "hospice care"[TIAB] OR "terminal care"[TIAB] OR terminal[TIAB] OR
2603 terminally[TIAB] OR "end-of-life"[TIAB] OR "end stage"[TIAB] OR Hospices[TIAB] OR "Respite
2604 care"[TIAB]) OR (fatigue[TIAB] OR fatigue[Mesh])) AND ("psycho-education" OR "Patient Education as
2605 Topic"[Mesh] OR "nursing intervention"[TIAB] OR behavior*[TIAB] OR behaviour*[TIAB] OR "Nursing
2606 Process/education"[Mesh] OR "energy conservation"[TIAB] OR "Conservation of Energy
2607 Resources"[Mesh] OR teaching[Mesh] OR education[Mesh] OR self-care[Mesh] OR "self-
2608 management"[TIAB] OR "self-help"[TIAB] OR "empowerment"[TIAB] OR "Patient Participation"[Mesh]
2609 OR ((teach[TIAB] OR teaching[TIAB] OR train[TIAB] OR training[TIAB] OR advice[TIAB]) AND
2610 (strategy[TIAB] OR strategies[TIAB] OR program[TIAB] OR programs[TIAB] OR session[TIAB] OR
2611 sessions[TIAB])) AND ("Clinical Trial"[PT:NoExp] OR "clinical trial, phase i"[pt] OR "clinical trial, phase
2612 ii"[pt] OR "clinical trial, phase iii"[pt] OR "clinical trial, phase iv"[pt] OR "controlled clinical trial"[pt] OR
2613 "multicenter study"[pt] OR "randomized controlled trial"[pt] OR "Clinical Trials as Topic"[mesh:noexp]
2614 OR "clinical trials, phase i as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase ii as topic"[MeSH
2615 Terms:noexp] OR "clinical trials, phase iii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase iv as
2616 topic"[MeSH Terms:noexp] OR "controlled clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "randomized
2617 controlled trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "early termination of clinical trials"[MeSH
2618 Terms:noexp] OR "multicenter studies as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "Double-Blind Method"[Mesh]
2619 OR ((randomised[TIAB] OR randomized[TIAB]) AND (trial[TIAB] OR trials[TIAB])) OR ((single[TIAB] OR
2620 double[TIAB] OR doubled[TIAB] OR triple[TIAB] OR tripled[TIAB] OR treble[TIAB]) AND (blind*[TIAB]
2621 OR mask*[TIAB])) OR ("4 arm"[tiab] OR "four arm"[tiab]) OR (systematic*[tiab] AND
2622 (bibliographic*[TIAB] OR literature[tiab] OR review[tiab] OR reviewed[tiab] OR reviews[tiab])) OR
2623 (comprehensive*[TIAB] AND (bibliographic*[TIAB] OR literature[tiab])) OR "cochrane database syst
2624 rev"[Journal] OR "Evidence report/technology assessment (Summary)"[journal] OR
2625 "Evidence report/technology assessment"[journal] OR "integrative literature review"[tiab] OR "integrative

2626 research review"[tiab] OR "integrative review"[tiab] OR "research synthesis"[tiab] OR "research
2627 integration"[tiab] OR cinahl[tiab] OR embase[tiab] OR medline[tiab] OR psyclit[tiab] OR (psycinfo[tiab]
2628 NOT "psycinfo database"[tiab]) OR pubmed[tiab] OR scopus[tiab] OR "web of science"[tiab] OR "data
2629 synthesis"[tiab] OR meta-analys*[tiab] OR meta-analyz*[tiab] OR meta-analyt*[tiab] OR
2630 metaanalys*[tiab] OR metaanalyz*[tiab] OR metaanalyt*[tiab] OR "meta-analysis as topic"[MeSH:noexp]
2631 OR Meta-Analysis[ptyp] OR ((review[tiab] AND (rationale[tiab] OR evidence[tiab])) AND review[pt]))

2632

2633 CINAHL

2634 (TI Cancer OR AB Cancer OR MH neoplasms OR TI adenocarcinoma OR AB adenocarcinoma OR TI
2635 adenocarcinoma* OR AB adenocarcinoma* OR TI adenosarcoma OR AB adenosarcoma OR TI
2636 adenosarcoma* OR AB adenosarcoma* OR TI antineoplastic OR AB antineoplastic OR TI carcinoid OR
2637 AB carcinoid OR TI carcinoid* OR AB carcinoid* OR TI carcinoma OR AB carcinoma OR TI carcinoma*
2638 OR AB carcinoma* OR TI glioblastoma OR AB glioblastoma OR TI glioblastoma* OR AB glioblastoma*
2639 OR TI glioma OR AB glioma OR TI glioma* OR AB glioma* OR TI Hodgkin OR AB Hodgkin OR TI
2640 Hodgkin* OR AB Hodgkin* OR TI leukaemia OR AB leukaemia OR TI leukaemi* OR AB leukaemi* OR
2641 TI leukemia OR AB leukemia OR TI leukemi* OR AB leukemi* OR TI lymphoma OR AB lymphoma OR
2642 TI lymphoma* OR AB lymphoma* OR TI malignan* OR AB malignan* OR TI melanoma OR AB
2643 melanoma OR TI melanoma* OR AB melanoma* OR TI metastasis OR AB metastasis OR TI metastatic
2644 OR AB metastatic OR TI myelodysplas* OR AB myelodysplas* OR TI myeloma OR AB myeloma OR TI
2645 myeloma* OR AB myeloma* OR TI neoplasia OR AB neoplasia OR TI neoplasia* OR AB neoplasia* OR
2646 TI neoplasm OR AB neoplasm OR TI neoplasm* OR AB neoplasm* OR TI nonseminoma* OR AB
2647 nonseminoma* OR TI oncology OR AB oncology OR TI osteosarcoma OR AB osteosarcoma OR TI
2648 osteosarcoma* OR AB osteosarcoma* OR TI sarcoma OR AB sarcoma OR TI sarcoma* OR AB
2649 sarcoma* OR TI seminoma* OR AB seminoma* OR TI teratoma* OR AB teratoma* OR TI tumor OR AB
2650 tumor OR TI tumour OR AB tumour OR TI tumour* OR AB tumour* OR TI waldenstrom* OR AB
2651 waldenstrom*) AND ((MH "Palliative Care" OR MH "Palliative Medicine" OR MH "Terminal Care" OR
2652 MH "Hospice Care" OR TI Palliat* OR AB Palliat* OR TI palliative OR AB palliative OR TI "palliative
2653 care" OR AB "palliative care" OR TI palliation OR AB palliation OR TI palliate OR AB palliate OR TI
2654 palliating OR AB palliating OR TI hospice OR AB hospice OR TI "hospice care" OR AB "hospice care"
2655 OR TI "terminal care" OR AB "terminal care" OR TI terminal OR AB terminal OR TI terminally OR AB
2656 terminally OR TI "end-of-life" OR AB "end-of-life" OR TI "end stage" OR AB "end stage" OR TI Hospices
2657 OR AB Hospices OR TI "Respite care" OR AB "Respite care") OR (TI fatigue OR AB fatigue OR MH
2658 fatigue)) AND (TI "psycho-education" OR AB "psycho-education" OR MH "Patient Education as Topic"
2659 OR TI "nursing intervention" OR AB "nursing intervention" OR TI behavior* OR AB behavior* OR TI
2660 behaviour* OR AB behaviour* OR MH "Nursing Process/education" OR TI "energy conservation" OR AB
2661 "energy conservation" OR MH "Conservation of Energy Resources" OR MH teaching OR MH education
2662 OR MH self-care OR TI "self-management" OR AB "self-management" OR TI "self-help" OR AB "self-
2663 help" OR TI "empowerment" OR AB "empowerment" OR MH "Patient Participation" OR ((TI teach OR
2664 AB teach OR TI teaching OR AB teaching OR TI train OR AB train OR TI training OR AB training OR TI
2665 advice OR AB advice) AND (TI strategy OR AB strategy OR TI strategies OR AB strategies OR TI
2666 program OR AB program OR TI programs OR AB programs OR TI session OR AB session OR TI
2667 sessions OR AB sessions))) AND (PT "Clinical Trial" OR MH "Clinical Trials as Topic" OR MH "clinical
2668 trials, phase i as topic" OR MH "clinical trials, phase ii as topic" OR MH "clinical trials, phase iii as topic"
2669 OR MH "clinical trials, phase iv as topic" OR MH "controlled clinical trials as topic" OR MH "randomized
2670 controlled trials as topic" OR MH "early termination of clinical trials" OR MH "multicenter studies as
2671 topic" OR MH "Double-Blind Method" ((TI randomised OR AB randomised OR TI randomized OR AB
2672 randomized) AND (TI trial OR AB trial OR TI trials OR AB trials)) OR ((TI single OR AB single OR TI
2673 double OR AB double OR TI doubled OR AB doubled OR TI triple OR AB triple OR TI tripled OR AB
2674 tripled OR TI treble OR AB treble) AND (TI blind* OR AB blind* OR TI mask* OR AB mask*)) OR TI "4
2675 arm" OR AB "4 arm" OR TI "four arm" OR AB "four arm" OR ((TI systematic* OR AB systematic*) AND
2676 (TI bibliographic* OR AB bibliographic* OR TI literature OR AB literature OR TI review OR AB review
2677 OR TI reviewed OR AB reviewed OR TI reviews OR AB reviews)) OR ((TI comprehensive* OR AB
2678 comprehensive*) AND (TI bibliographic* OR AB bibliographic* OR TI literature OR AB literature)) OR

2679 "cochrane database syst rev" OR "Evidence report/technology assessment" OR TI "integrative literature
2680 review" OR AB "integrative literature review" OR TI "integrative research review" OR AB "integrative
2681 research review" OR TI "integrative review" OR AB "integrative review" OR TI "research synthesis" OR
2682 AB "research synthesis" OR TI "research integration" OR AB "research integration" OR AB cinahl OR
2683 AB embase OR AB medline OR AB psyclit OR AB psycinfo OR AB pubmed OR AB scopus OR AB
2684 "web of science" OR TI "data synthesis" OR AB "data synthesis" OR TI meta-analys* OR AB meta-
2685 analys* OR TI meta-analyz* OR AB meta-analyz* OR TI meta-analyt* OR AB meta-analyt* OR TI
2686 metaanalys* OR AB metaanalys* OR TI metaanalyz* OR AB metaanalyz* OR TI metaanalyt* OR AB
2687 metaanalyt* OR MH "meta-analysis as topic" OR (((TI review OR AB review) AND (TI rationale OR AB
2688 rationale OR TI evidence OR AB evidence))))

2689

2690 PsycInfo

2691 (Cancer OR neoplasms.mh. OR adenocarcinoma OR adenocarcinoma* OR adenosarcoma OR
2692 adenosarcoma* OR antineoplastic OR carcinoid OR carcinoid* OR carcinoma OR carcinoma* OR
2693 glioblastoma OR glioblastoma* OR glioma OR glioma* OR Hodgkin OR Hodgkin* OR leukaemia OR
2694 leukaemi* OR leukemia OR leukemi* OR lymphoma OR lymphoma* OR malignan* OR melanoma OR
2695 melanoma* OR metastasis OR metastatic OR myelodysplas* OR myeloma OR myeloma* OR neoplasia
2696 OR neoplasia* OR neoplasm OR neoplasm* OR nonseminoma* OR oncology OR osteosarcoma OR
2697 osteosarcoma* OR sarcoma OR sarcoma* OR seminoma* OR teratoma* OR tumor OR tumour OR
2698 tumour* OR waldenstrom*) AND (Palliative Care.mh. OR Palliative Medicine.mh. OR Terminal Care.mh.
2699 OR Hospice Care.mh. OR Palliat* OR palliative OR palliative care OR palliation OR palliate OR
2700 palliating OR hospice OR hospice care OR terminal care OR terminal OR terminally OR end-of-life OR
2701 end stage OR Hospices OR Respite care OR fatigue OR fatigue.mh.) AND (psycho-education.mh. OR
2702 Patient Education as Topic.mh. OR nursing intervention.ti. OR nursing intervention.ab. OR behavior*.ti.
2703 OR behavior*.ab. OR behaviour*.ti. OR behaviour*.ab. OR Nursing Process.mh. OR energy
2704 conservation.ti. OR energy conservation.ab. OR Conservation of Energy Resources.mh. OR
2705 teaching.mh. OR education.mh. OR self-care.mh. OR self-management.ti. OR self-management.ab. OR
2706 self-help.ti. OR self-help.ab. OR empowerment.ti. OR empowerment.ab. OR Patient Participation.mh.
2707 OR ((teach.ti. OR teach.ab. OR teaching.ti. OR teaching.ab. OR train.ti. OR train.ab. OR training.ti. OR
2708 training.ab. OR advice.ti. OR advice.ab.) AND (strategy.ti. OR strategy.ab. OR strategies.ti. OR
2709 strategies.ab. OR program.ti. OR program.ab. OR programs.ti. OR programs.ab. OR session.ti. OR
2710 session.ab. OR sessions.ti. OR sessions.ab.)) AND (clinical trials, phase i as topic.mh. OR Clinical
2711 Trial.mh. OR Clinical Trials as Topic.mh. OR clinical trials, phase ii as topic.mh. OR clinical trials, phase
2712 iii as topic.mh. OR clinical trials, phase iv as topic.mh. OR controlled clinical trials as topic.mh. OR
2713 randomized controlled trials as topic.mh. OR early termination of clinical trials.mh. OR multicenter
2714 studies as topic.mh. OR Double-Blind Method.mh. OR ((randomised.ti. OR randomized.ti.) AND (trial.ti.
2715 OR trials.ti.)) OR ((randomised.ab. OR randomized.ab.) AND (trial.ab. OR trials.ab.)) OR ((single.ab.
2716 OR double.ab. OR doubled.ab. OR triple.ab. OR tripled.ab. OR treble.ab.) AND (blind*.ab. OR
2717 mask*.ab.)) OR ((single.ab. OR double.ab. OR doubled.ab. OR triple.ab. OR tripled.ab. OR treble.ab.)
2718 AND (blind*.ab. OR mask*.ab.)) OR 4 arm.ti. OR four arm.ti. OR 4 arm.ti. OR four arm.ti. OR
2719 (systematic.ti. AND (bibliographic*.ti. OR literature.ti. OR review.ti. OR reviewed.ti. OR reviews.ti.)) OR
2720 (systematic.ab. AND (bibliographic*.ab. OR literature.ab. OR review.ab. OR reviewed.ab. OR
2721 reviews.ab.)) OR (comprehensive*.ti. AND (bibliographic*.ti. OR literature.ti.)) OR (comprehensive*.ab.
2722 AND (bibliographic*.ab. OR literature.ab.)) OR cochrane database syst rev.jn. OR Evidence
2723 reporttechnology assessment.jn. OR integrative literature review.ti. OR integrative literature review.ab.
2724 OR integrative research review.ti. OR integrative research review.ab. OR integrative review.ti. OR
2725 integrative review.ab. OR research synthesis.ti. OR research synthesis.ab. OR research integration.ti.
2726 OR research integration.ab. OR cinahl.ab. OR Embase.ab. OR medline.ab. OR psyclit.ab. OR
2727 psycinfo.ab. OR pubmed.ab. OR scopus.ab. OR web of science.ab. OR data synthesis.ti. OR data
2728 synthesis.ab. OR meta-analys*.ti. OR meta-analys*.ab. OR meta-analyz*.ti. OR meta-analyz*.ab. OR
2729 meta-analyt*.ti. OR meta-analyt*.ab. OR metaanalys*.ti. OR metaanalys*.ab. OR metaanalyz*.ti. OR
2730 metaanalyz*.ab. OR metaanalyt*.ti. OR metaanalyt*.ab. OR meta-analysis as topic.mh. OR (review.ti
2731 AND (rationale.ti. OR evidence.ti)) OR (review.ab. AND (rationale.ab. OR evidence.ab.))

2732

2733 Cochrane

2734 ((Cancer OR neoplasms OR adenocarcinoma OR adenocarcinoma* OR adenosarcoma OR
2735 adenosarcoma* OR aneoplasc OR carcinoid OR carcinoid* OR carcinoma OR carcinoma* OR
2736 glioblastoma OR glioblastoma* OR glioma OR glioma* OR Hodgkin OR Hodgkin* OR leukaemia OR
2737 leukaemi* OR leukemia OR leukemi* OR lymphoma OR lymphoma* OR malignan* OR melanoma OR
2738 melanoma* OR metastasis OR metastac OR myelodysplas* OR myeloma OR myeloma* OR neoplasia
2739 OR neoplasia* OR neoplasm OR neoplasm* OR nonseminoma* OR oncology OR osteosarcoma OR
2740 osteosarcoma* OR sarcoma OR sarcoma* OR seminoma* OR teratoma* OR tumor OR tumour OR
2741 tumour* OR waldenstrom*):ti,ab,kw) AND (("Palliative Care" OR "Palliative Medicine" OR "Terminal
2742 Care" OR "Hospice Care" OR Palliat* OR palliative OR "palliative care" OR palliation OR palliate OR
2743 palliate OR palliating OR hospice OR "hospice care" OR "terminal care" OR terminal OR terminally OR
2744 "end-of-life" OR "end stage" OR Hospices OR "Respite care") OR (fatigue OR fatigue)):ti,ab,kw) AND
2745 ("psycho-education" or "Patient Education as Topic" or "nursing intervention" or behavior* or behaviour*
2746 or "Nursing Process/education" or "energy conservation" or "Conservation of Energy Resources" or
2747 teaching or education or self-care or "self-management" OR "self-help" or "empowerment" or "Patient
2748 Participation" OR ((teach or teaching or train or training or advice) and (strategy or strategies or
2749 program or programs or session or sessions)):ti,ab,kw

2750 CINAHL

2751 Zoekdatum 20 sept 2017

2752 1. (TI Cancer OR AB Cancer OR MH neoplasms OR TI adenocarcinoma OR AB adenocarcinoma OR
2753 TI adenocarcinoma* OR AB adenocarcinoma* OR TI adenosarcoma OR AB adenosarcoma OR TI
2754 adenosarcoma* OR AB adenosarcoma* OR TI antineoplastic OR AB antineoplastic OR TI carcinoid OR
2755 AB carcinoid OR TI carcinoid* OR AB carcinoid* OR TI carcinoma OR AB carcinoma OR TI carcinoma*
2756 OR AB carcinoma* OR TI glioblastoma OR AB glioblastoma OR TI glioblastoma* OR AB glioblastoma*
2757 OR TI glioma OR AB glioma OR TI glioma* OR AB glioma* OR TI Hodgkin OR AB Hodgkin OR TI
2758 Hodgkin* OR AB Hodgkin* OR TI leukaemia OR AB leukaemia OR TI leukaemi* OR AB leukaemi* OR
2759 TI leukemia OR AB leukemia OR TI leukemi* OR AB leukemi* OR TI lymphoma OR AB lymphoma OR
2760 TI lymphoma* OR AB lymphoma* OR TI malignan* OR AB malignan* OR TI melanoma OR AB
2761 melanoma OR TI melanoma* OR AB melanoma* OR TI metastasis OR AB metastasis OR TI metastatic
2762 OR AB metastatic OR TI myelodysplas* OR AB myelodysplas* OR TI myeloma OR AB myeloma OR TI
2763 myeloma* OR AB myeloma* OR TI neoplasia OR AB neoplasia OR TI neoplasia* OR AB neoplasia* OR
2764 TI neoplasm OR AB neoplasm OR TI neoplasm* OR AB neoplasm* OR TI nonseminoma* OR AB
2765 nonseminoma* OR TI oncology OR AB oncology OR TI osteosarcoma OR AB osteosarcoma OR TI
2766 osteosarcoma* OR AB osteosarcoma* OR TI sarcoma OR AB sarcoma OR TI sarcoma* OR AB
2767 sarcoma* OR TI seminoma* OR AB seminoma* OR TI teratoma* OR AB teratoma* OR TI tumor OR AB
2768 tumor OR TI tumour OR AB tumour OR TI tumour* OR AB tumour* OR TI waldenstrom* OR AB
2769 waldenstrom*) 249,767

2770 2. ((MH "Palliative Care" OR MH "Palliative Medicine" OR MH "Terminal Care" OR MH "Hospice Care"
2771 OR TI Palliat* OR AB Palliat* OR TI palliative OR AB palliative OR TI "palliative care" OR AB "palliative
2772 care" OR TI palliation OR AB palliation OR TI palliate OR AB palliate OR TI palliating OR AB palliating
2773 OR TI hospice OR AB hospice OR TI "hospice care" OR AB "hospice care" OR TI "terminal care" OR
2774 AB "terminal care" OR TI terminal OR AB terminal OR TI terminally OR AB terminally OR TI "end-of-life"
2775 OR AB "end-of-life" OR TI "end stage" OR AB "end stage" OR TI Hospices OR AB Hospices OR TI
2776 "Respite care" OR AB "Respite care") OR (TI fatigue OR AB fatigue OR MH fatigue)) 84,030

2777 3. (TI "psycho-education" OR AB "psycho-education" OR MH "Patient Education as Topic" OR TI
2778 "nursing intervention" OR AB "nursing intervention" OR TI behavior* OR AB behavior* OR TI behaviour*
2779 OR AB behaviour* OR MH "Nursing Process/education" OR TI "energy conservation" OR AB "energy
2780 conservation" OR MH "Conservation of Energy Resources" OR MH teaching OR MH education OR MH
2781 self-care OR TI "self-management" OR AB "self-management" OR TI "self-help" OR AB "self-help" OR

2782 TI "empowerment" OR AB "empowerment" OR MH "Patient Participation" OR ((TI teach OR AB teach
2783 OR TI teaching OR AB teaching OR TI train OR AB train OR TI training OR AB training OR TI advice
2784 OR AB advice) AND (TI strategy OR AB strategy OR TI strategies OR AB strategies OR TI program OR
2785 AB program OR TI programs OR AB programs OR TI session OR AB session OR TI sessions OR AB
2786 sessions))) 201,433

2787 (filter studies: 128, is te weinig en niet gebruikt)

2788 4. 1 AND 2 AND 3 1, 059

2789 PsycInfo:
2790 Zoekdatum: 20 sept 2017

2791 1. (Cancer OR neoplasms.mh. OR adenocarcinoma OR adenocarcinoma* OR adenosarcoma OR
2792 adenosarcoma* OR antineoplastic OR carcinoid OR carcinoid* OR carcinoma OR carcinoma* OR
2793 glioblastoma OR glioblastoma* OR glioma OR glioma* OR Hodgkin OR Hodgkin* OR leukaemia OR
2794 leukaemi* OR leukemia OR leukemi* OR lymphoma OR lymphoma* OR malignan* OR melanoma OR
2795 melanoma* OR metastasis OR metastatic OR myelodysplas* OR myeloma OR myeloma* OR neoplasia
2796 OR neoplasia* OR neoplasm OR neoplasm* OR nonseminoma* OR oncology OR osteosarcoma OR
2797 osteosarcoma* OR sarcoma OR sarcoma* OR seminoma* OR teratoma* OR tumor OR tumour OR
2798 tumour* OR waldenstrom*) 75,102

2799 2. (Palliative Care.mh. OR Palliative Medicine.mh. OR Terminal Care.mh. OR Hospice Care.mh. OR
2800 Palliat* OR palliative OR palliative care OR palliation OR palliate OR palliating OR hospice OR hospice
2801 care OR terminal care OR terminal OR terminally OR end-of-life OR end stage OR Hospices OR
2802 Respite care OR fatigue OR fatigue.mh.) 60,312

2803 3. (psycho-education.mh. OR Patient Education as Topic.mh. OR nursing intervention.ti. OR nursing
2804 intervention.ab. OR behavior*.ti. OR behavior*.ab. OR behaviour*.ti. OR behaviour*.ab. OR Nursing
2805 Process.mh. OR energy conservation.ti. OR energy conservation.ab. OR Conservation of Energy
2806 Resources.mh. OR teaching.mh. OR education.mh. OR self-care.mh. OR self-management.ti. OR self-
2807 management.ab. OR self-help.ti. OR self-help.ab. OR empowerment.ti. OR empowerment.ab. OR
2808 Patient Participation.mh. OR ((teach.ti. OR teach.ab. OR teaching.ti. OR teaching.ab. OR train.ti. OR
2809 train.ab. OR training.ti. OR training.ab. OR advice.ti. OR advice.ab.) AND (strategy.ti. OR strategy.ab.
2810 OR strategies.ti. OR strategies.ab. OR program.ti. OR program.ab. OR programs.ti. OR programs.ab.
2811 OR session.ti. OR session.ab. OR sessions.ti. OR sessions.ab.))) 956,523

2812 4. (clinical trials, phase i as topic.mh. OR Clinical Trial.mh. OR Clinical Trials as Topic.mh. OR clinical
2813 trials, phase ii as topic.mh. OR clinical trials, phase iii as topic.mh. OR clinical trials, phase iv as
2814 topic.mh. OR controlled clinical trials as topic.mh. OR randomized controlled trials as topic.mh. OR early
2815 termination of clinical trials.mh. OR multicenter studies as topic.mh. OR Double-Blind Method.mh. OR
2816 ((randomised.ti. OR randomized.ti.) AND (trial.ti. OR trials.ti.)) OR ((randomised.ab. OR
2817 randomized.ab.) AND (trial.ab. OR trials.ab.)) OR ((single.ab. OR double.ab. OR doubled.ab. OR
2818 triple.ab. OR tripled.ab. OR treble.ab.) AND (blind*.ab. OR mask*.ab.)) OR ((single.ab. OR double.ab.
2819 OR doubled.ab. OR triple.ab. OR tripled.ab. OR treble.ab.) AND (blind*.ab. OR mask*.ab.)) OR 4 arm.ti.
2820 OR four arm.ti. OR 4 arm.ti. OR four arm.ti. OR (systematic.ti. AND (bibliographic*.ti. OR literature.ti.
2821 OR review.ti OR reviewed.ti OR reviews.ti.)) OR (systematic.ab. AND (bibliographic*.ab. OR
2822 literature.ab. OR review.ab. OR reviewed.ab. OR reviews.ab.)) OR (comprehensive*.ti. AND
2823 (bibliographic*.ti. OR literature.ti.)) OR (comprehensive*.ab. AND (bibliographic*.ab. OR literature.ab.))
2824 OR cochrane database syst rev.jn. OR Evidence reporttechnology assessment.jn. OR integrative
2825 literature review.ti OR integrative literature review.ab. OR integrative research review.ti. OR integrative
2826 research review.ab. OR integrative review.ti. OR integrative review.ab. OR research synthesis.ti OR
2827 research synthesis.ab. OR research integration.ti. OR research integration.ab. OR cinahl.ab. OR
2828 Embase.ab. OR medline.ab. OR psyclit.ab. OR psycinfo.ab. OR pubmed.ab. OR scopus.ab. OR web of
2829 science.ab. OR data synthesis.ti. OR data synthesis.ab. OR meta-analys*.ti OR meta-analys*.ab. OR

2830 meta-analyz*.ti. OR meta-analyz*.ab. OR meta-analyt*.ti. OR meta-analyt*.ab. OR metaanalys*.ti. OR
2831 metaanalys*.ab. OR metaanalyz*.ti. OR metaanalyz*.ab. OR metaanalyt*.ti. OR metaanalyt*.ab. OR
2832 meta-analysis as topic.mh. OR (review.ti AND (rationale.ti. OR evidence.ti)) OR (review.ab. AND
2833 (rationale.ab. OR evidence.ab.))) 4,115,670

2834

2835 5. 1 AND 2 AND 3 AND 4 1222

2836

CONCEPT

2837 **Uitgangsvraag 2: Corticosteroiden**

2838 Wat is het effect van corticosteroiden (dexamethason, predniso(lo)n, methylprednisolon) op
2839 vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren ten opzichte van placebo, geen behandeling of
2840 andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

2841
2842 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase
2843 **Interventie** Corticosteroiden, dexamethason, predniso(lo)n methylprednisolon
2844 **Comparator** Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling
2845 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren

2846

2847 **Uitgangsvraag 3: Psychostimulantia**

2848 Wat is het effect van psychostimulantia op vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren ten
2849 opzichte van placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met
2850 vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

2851
2852 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase
2853 **Interventie** Psychostimulantia, methylfenidaat, dexamfetamine, modafinil
2854 **Comparator** Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling
2855 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren

2856

2857 **Uitgangsvraag 4: Antidepressiva**

2858 Wat is het effect van antidepressiva op vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren ten opzichte van
2859 placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij
2860 kanker in de palliatieve fase?

2861
2862 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase
2863 **Interventie** Antidepressiva, paroxetine, of andere (selectieve) serotonineheropnameremmer
2864 (SSRI)
2865 **Comparator** Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling
2866 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren

2867

2868 **Zoekstrategieën:**

2869 PubMed
2870 (Cancer[TIAB] OR cancer[OT] OR neoplasms[Mesh] OR adenocarcinoma[TIAB] OR
2871 adenocarcinoma*[TIAB] OR adenosarcoma[TIAB] OR adenosarcoma*[TIAB] OR antineoplastic[TIAB]
2872 OR carcinoid[TIAB] OR carcinoid*[TIAB] OR carcinoma[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR
2873 glioblastoma[TIAB] OR glioblastoma*[TIAB] OR glioma[TIAB] OR glioma*[TIAB] OR Hodgkin[TIAB] OR
2874 Hodgkin*[TIAB] OR leukaemia[TIAB] OR leukaemi*[TIAB] OR leukemia[TIAB] OR leukemi*[TIAB] OR
2875 lymphoma[TIAB] OR lymphoma*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR melanoma[TIAB] OR melanoma*[TIAB]
2876 OR metastasis[TIAB] OR metastatic[TIAB] OR myelodysplas*[TIAB] OR myeloma[TIAB] OR
2877 myeloma*[TIAB] OR neoplasia[TIAB] OR neoplasia*[TIAB] OR neoplasm[TIAB] OR neoplasm*[TIAB]
2878 OR nonseminoma*[TIAB] OR oncology[TIAB] OR osteosarcoma[TIAB] OR osteosarcoma*[TIAB] OR
2879 sarcoma[TIAB] OR sarcoma*[TIAB] OR seminoma*[TIAB] OR teratoma*[TIAB] OR tumor[TIAB] OR
2880 tumour[TIAB] OR tumour*[TIAB] OR waldenstrom*[TIAB]) AND (("Palliative Care"[Mesh] OR "Palliative
2881 Medicine"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh] OR Palliat*[TIAB] OR
2882 palliative[TIAB] OR "palliative care"[TIAB] OR palliation[TIAB] OR palliate[TIAB] OR palliating[TIAB] OR
2883 hospice[TIAB] OR "hospice care"[TIAB] OR "terminal care"[TIAB] OR terminal[TIAB] OR
2884 terminally[TIAB] OR "end-of-life"[TIAB] OR "end stage"[TIAB] OR Hospices[TIAB] OR "Respite
2885 care"[TIAB]) OR (fatigue[TIAB] OR fatigue[Mesh])) AND ("Hematopoietic Cell Growth Factors"[Mesh]
2886 OR "Monoamine Oxidase Inhibitors"[Mesh] OR "Serotonin and Noradrenaline Reuptake
2887 Inhibitors"[Mesh] OR "Antidepressive Agents, Tricyclic"[Mesh] OR "Prednisolone"[Mesh] OR "aventyl
2888 hydrochloride"[TIAB] OR "depression medication"[TIAB] OR "Haematopoietic cell growth factor"[TIAB]
2889 OR "haemopoietic growth factors"[TIAB] OR "haemotopoietic growth factor"[TIAB] OR "Monoamine

2890 oxidase inhibitors"[TIAB] OR "Norepinephrine reuptake inhibitors"[TIAB] OR "progestational
2891 steroids"[TIAB] OR "selective serotonin reuptake inhibitor"[TIAB] OR "Serotonin antagonists and
2892 reuptake inhibitors"[TIAB] OR "Serotonin modulators and stimulators"[TIAB] OR "serotonin-
2893 norepinephrine reuptake inhibitor"[TIAB] OR "Tetracyclic antidepressants"[TIAB] OR "tricyclic
2894 antidepressants"[TIAB] OR Adapin[TIAB] OR Agedal[TIAB] OR Agomelatine[TIAB] OR alertec[TIAB]
2895 OR Alnert[TIAB] OR Ambivalon[TIAB] OR amfetamine[TIAB] OR Amfexa[TIAB] OR Amioxid[TIAB] OR
2896 Amisulpride[TIAB] OR Amitriptyline[TIAB] OR Amitriptylinoxide[TIAB] OR Amoxapine[TIAB] OR
2897 amphetamin[TIAB] OR Anafranil[TIAB] OR antidepressant[TIAB] OR antidepressants[TIAB] OR
2898 Aptensio[TIAB] OR Asendin[TIAB] OR aspendos[TIAB] OR Aurorix[TIAB] OR Aventyl[TIAB] OR
2899 Axiomin[TIAB] OR Azafen[TIAB] OR Azaphen[TIAB] OR Bifemelane[TIAB] OR Biphentin[TIAB] OR
2900 Bolvidon[TIAB] OR Bupropion[TIAB] OR Celeport[TIAB] OR Cipralext[TIAB] OR citalopram[TIAB] OR
2901 Clomipramine[TIAB] OR Concerta[TIAB] OR corticosteroid[TIAB] OR corticosteroid[TIAB] OR
2902 Cymbalta[TIAB] OR dapoxetine[TIAB] OR Daytrana[TIAB] OR decadron[TIAB] OR detsasone[TIAB] OR
2903 Desipramine[TIAB] OR Desvenlafaxine[TIAB] OR Desyrel[TIAB] OR dexamethason[TIAB] OR
2904 dexamethasone[TIAB] OR dexamfetamine[TIAB] OR dexamphetamine[TIAB] OR dexasone[TIAB] OR
2905 dexone[TIAB] OR dextro-amfetamine[TIAB] OR dextro-amphetamine[TIAB] OR Dibenzepin[TIAB] OR
2906 Dimetacrine[TIAB] OR Dixeran[TIAB] OR Dosulepin[TIAB] OR Doxepin[TIAB] OR duloxetine[TIAB] OR
2907 Edronax[TIAB] OR Effexor[TIAB] OR Elamol[TIAB] OR elavil[TIAB] OR Eldepryl[TIAB] OR
2908 Elronon[TIAB] OR Emsam[TIAB] OR endep[TIAB] OR Equasym[TIAB] OR Equibrin[TIAB] OR
2909 Escitalopram[TIAB] OR Etonin[TIAB] OR Etoperidone[TIAB] OR Fetzima[TIAB] OR Fluoxetine[TIAB]
2910 OR Fluvoxamine[TIAB] OR Gamaniil[TIAB] OR glucocorticoid[TIAB] OR Humoryl[TIAB] OR
2911 Imipramine[TIAB] OR Inkazan[TIAB] OR Isocarboxazid[TIAB] OR Istonil[TIAB] OR Ixel[TIAB] OR
2912 Latuda[TIAB] OR Levomilnacipran[TIAB] OR Lexapro[TIAB] OR Lofepamine[TIAB] OR Lomont[TIAB]
2913 OR Lucelan[TIAB] OR Ludiomil[TIAB] OR Lurasidone[TIAB] OR Lustral[TIAB] OR Luvox[TIAB] OR
2914 Manerix[TIAB] OR Maprotiline[TIAB] OR Marplan[TIAB] OR Medikinet[TIAB] OR medrol[TIAB] OR
2915 Melitracen[TIAB] OR Melixeran[TIAB] OR Metadate[TIAB] OR Metatone[TIAB] OR methylfenidaat[TIAB]
2916 OR Methylin[TIAB] OR methylphenidate[TIAB] OR methylprednisolon[TIAB] OR
2917 methylprednisolone[TIAB] OR Metralindole[TIAB] OR Mianserin[TIAB] OR millipred[TIAB] OR
2918 Milnacipran[TIAB] OR mirtazapine[TIAB] OR Moclobemide[TIAB] OR modafinil[TIAB] OR
2919 modavigil[TIAB] OR modiodal[TIAB] OR Nardil[TIAB] OR NaSSA[TIAB] OR Nitroxazepine[TIAB] OR
2920 Nogedal[TIAB] OR Norpramin[TIAB] OR nortrilen[TIAB] OR nortriptyline[TIAB] OR Norval[TIAB] OR
2921 Noveril[TIAB] OR Noxiptiline[TIAB] OR orapred[TIAB] OR pamelor[TIAB] OR Parnate[TIAB] OR
2922 Paroxetine[TIAB] OR Paxil[TIAB] OR pediaped[TIAB] OR Pertofrane[TIAB] OR Phenelzine[TIAB] OR
2923 Pipofezine[TIAB] OR Pirazidol[TIAB] OR Pirlindole[TIAB] OR prednicot[TIAB] OR prednisolon[TIAB] OR
2924 prednisolone[TIAB] OR prednison[TIAB] OR prednisone[TIAB] OR prelone[TIAB] OR Pristiq[TIAB] OR
2925 progestageen[TIAB] OR progestagen[TIAB] OR Prothiaden[TIAB] OR Protriptyline[TIAB] OR
2926 provigil[TIAB] OR Prozac[TIAB] OR Quetiapine[TIAB] OR QuilliChew[TIAB] OR Quillivant[TIAB] OR
2927 rayos[TIAB] OR Reboxetine[TIAB] OR Remeron[TIAB] OR ritalin[TIAB] OR sarotex[TIAB] OR
2928 Savella[TIAB] OR Sediel[TIAB] OR Selegiline[TIAB] OR Seroquel[TIAB] OR seroxat[TIAB] OR
2929 Sertraline[TIAB] OR setiptiline[TIAB] OR Sinequan[TIAB] OR Sintamil[TIAB] OR SNRI[TIAB] OR
2930 Solian[TIAB] OR solu-medrol[TIAB] OR SSRI[TIAB] OR steraped[TIAB] OR steroid[TIAB] OR
2931 Surmontil[TIAB] OR Tandospirone[TIAB] OR TCA[TIAB] OR Tecipul[TIAB] OR Teniloxazine[TIAB] OR
2932 Tofacine[TIAB] OR Tofenacin[TIAB] OR Tofranil[TIAB] OR Toloxatone[TIAB] OR Tolvon[TIAB] OR
2933 Tranylcypromine[TIAB] OR Trausabun[TIAB] OR Trazodone[TIAB] OR Trimipramine[TIAB] OR
2934 Trintellix[TIAB] OR Valdoxan[TIAB] OR vanatrip[TIAB] OR venlafaxine[TIAB] OR Victoril[TIAB] OR
2935 Viibryd[TIAB] OR Vilazodone[TIAB] OR Viloxazine[TIAB] OR Vivactil[TIAB] OR Vivalan[TIAB] OR
2936 Vortioxetine[TIAB] OR Wellbutrin[TIAB] OR Zelapar[TIAB] OR Zolof[TIAB]) AND ("Clinical
2937 Trial"[PT:NoExp] OR "clinical trial, phase i"[pt] OR "clinical trial, phase ii"[pt] OR "clinical trial, phase
2938 iii"[pt] OR "clinical trial, phase iv"[pt] OR "controlled clinical trial"[pt] OR "multicenter study"[pt] OR
2939 "randomized controlled trial"[pt] OR "Clinical Trials as Topic"[mesh:noexp] OR "clinical trials, phase i as
2940 topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase ii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials,
2941 phase iii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase iv as topic"[MeSH Terms:noexp] OR
2942 "controlled clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "randomized controlled trials as topic"[MeSH

2943 Terms:noexp] OR "early termination of clinical trials"[MeSH Terms:noexp] OR "multicenter studies as
2944 topic"[MeSH Terms:noexp] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR ((randomised[TIAB] OR
2945 randomized[TIAB]) AND (trial[TIAB] OR trials[TIAB])) OR ((single[TIAB] OR double[TIAB] OR
2946 doubled[TIAB] OR triple[TIAB] OR tripled[TIAB] OR treble[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB]))
2947 OR ("4 arm"[tiab] OR "four arm"[tiab]) OR (systematic*[tiab] AND (bibliographic*[TIAB] OR
2948 literature[tiab] OR review[tiab] OR reviewed[tiab] OR reviews[tiab])) OR (comprehensive*[TIAB] AND
2949 (bibliographic*[TIAB] OR literature[tiab])) OR "cochrane database syst rev"[Journal] OR
2950 "Evidence report/technology assessment (Summary)"[journal] OR "Evidence report/technology
2951 assessment"[journal] OR "integrative literature review"[tiab] OR "integrative research review"[tiab] OR
2952 "integrative review"[tiab] OR "research synthesis"[tiab] OR "research integration"[tiab] OR cinahl[tiab]
2953 OR embase[tiab] OR medline[tiab] OR psyclit[tiab] OR (psycinfo[tiab] NOT "psycinfo database"[tiab])
2954 OR pubmed[tiab] OR scopus[tiab] OR "web of science"[tiab] OR "data synthesis"[tiab] OR meta-
2955 analys*[tiab] OR meta-analyz*[tiab] OR meta-analyt*[tiab] OR metaanalys*[tiab] OR metaanalyz*[tiab]
2956 OR metaanalyt*[tiab] OR "meta-analysis as topic"[MeSH:noexp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR
2957 ((review[tiab] AND (rationale[tiab] OR evidence[tiab])) AND review[pt]))

2958

2959 Check: AND (25299141[PMID] OR 26026155[PMID] OR 25002731[PMID] OR 20614448[PMID] OR
2960 20625123[PMID] OR 23690414[PMID] OR 17869448[PMID] OR 18790598[PMID] OR
2961 23897970[PMID] OR 22208450[PMID])

2962

2963 Embase

2964 (Cancer:ti,ab OR neoplasms/de OR adenocarcinoma:ti,ab OR adenocarcinoma*:ti,ab OR
2965 adenosarcoma:ti,ab OR adenosarcoma*:ti,ab OR antineoplastic:ti,ab OR carcinoid:ti,ab OR
2966 carcinoid*:ti,ab OR carcinoma:ti,ab OR carcinoma*:ti,ab OR glioblastoma:ti,ab OR glioblastoma*:ti,ab
2967 OR glioma:ti,ab OR glioma*:ti,ab OR Hodgkin:ti,ab OR Hodgkin*:ti,ab OR leukaemia:ti,ab OR
2968 leukaemi*:ti,ab OR leukemia:ti,ab OR leukemi*:ti,ab OR lymphoma:ti,ab OR lymphoma*:ti,ab OR
2969 malignan*:ti,ab OR melanoma:ti,ab OR melanoma*:ti,ab OR metastasis:ti,ab OR metastatic:ti,ab OR
2970 myelodysplas*:ti,ab OR myeloma:ti,ab OR myeloma*:ti,ab OR neoplasia:ti,ab OR neoplasia*:ti,ab OR
2971 neoplasm:ti,ab OR neoplasm*:ti,ab OR nonseminoma*:ti,ab OR oncology:ti,ab OR osteosarcoma:ti,ab
2972 OR osteosarcoma*:ti,ab OR sarcoma:ti,ab OR sarcoma*:ti,ab OR seminoma*:ti,ab OR teratoma*:ti,ab
2973 OR tumor:ti,ab OR tumour:ti,ab OR tumour*:ti,ab OR waldenstrom*:ti,ab) AND (("Palliative Care"/de OR
2974 "Palliative Medicine"/de OR "Terminal Care"/de OR "Hospice Care"/de OR Palliat*:ti,ab OR
2975 palliative:ti,ab OR "palliative care":ti,ab OR palliation:ti,ab OR palliate:ti,ab OR palliating:ti,ab OR
2976 hospice:ti,ab OR "hospice care":ti,ab OR "terminal care":ti,ab OR terminal:ti,ab OR terminally:ti,ab OR
2977 "end-of-life":ti,ab OR "end stage":ti,ab OR Hospices:ti,ab OR "Respite care":ti,ab) OR (fatigue:ti,ab OR
2978 fatigue/de)) AND ("Hematopoietic Cell Growth Factors"/de OR "Monoamine Oxidase Inhibitors"/de OR
2979 "Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors"/de OR "Antidepressive Agents, Tricyclic"/de OR
2980 "Prednisolone"/de OR "aventyl hydrochloride":ti,ab OR "depression medication":ti,ab OR
2981 "Haematopoietic cell growth factor":ti,ab OR "haemopoietic growth factors":ti,ab OR "haemotopoietic
2982 growth factor":ti,ab OR "Monoamine oxidase inhibitors":ti,ab OR "Norepinephrine reuptake
2983 inhibitors":ti,ab OR "progestational steroids":ti,ab OR "selective serotonin reuptake inhibitor":ti,ab OR
2984 "Serotonin antagonists and reuptake inhibitors":ti,ab OR "Serotonin modulators and stimulators":ti,ab
2985 OR "serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor":ti,ab OR "Tetracyclic antidepressants":ti,ab OR
2986 "tricyclic antidepressants":ti,ab OR Adapin:ti,ab OR Agedal:ti,ab OR Agomelatine:ti,ab OR alerdec:ti,ab
2987 OR Alert:ti,ab OR Ambivalon:ti,ab OR amfetamine:ti,ab OR Amfexa:ti,ab OR Amioxid:ti,ab OR
2988 Amisulpride:ti,ab OR Amitriptyline:ti,ab OR Amitriptylinoxide:ti,ab OR Amoxapine:ti,ab OR
2989 amphetamin:ti,ab OR Anafranil:ti,ab OR antidepressant:ti,ab OR antidepressants:ti,ab OR Aptensio:ti,ab
2990 OR Asendin:ti,ab OR aspendos:ti,ab OR Aurorix:ti,ab OR Aventyl:ti,ab OR Axiomin:ti,ab OR
2991 Azafen:ti,ab OR Azaphen:ti,ab OR Bifemelane:ti,ab OR Biphentin:ti,ab OR Bolvidon:ti,ab OR
2992 Bupropion:ti,ab OR Celeport:ti,ab OR Cipralext:ti,ab OR citalopram:ti,ab OR Clomipramine:ti,ab OR
2993 Concerta:ti,ab OR corticosteroid:ti,ab OR corticosteroid:ti,ab OR Cymbalta:ti,ab OR dapoxetine:ti,ab OR
2994 Daytrana:ti,ab OR decadron:ti,ab OR deltasone:ti,ab OR Desipramine:ti,ab OR Desvenlafaxine:ti,ab OR
2995 Desyrel:ti,ab OR dexamethason:ti,ab OR dexamethasone:ti,ab OR dexamfetamine:ti,ab OR

2996 dexamphetamine:ti,ab OR dexasone:ti,ab OR dexone:ti,ab OR dextro-amfetamine:ti,ab OR dextro-
 2997 amphetamine:ti,ab OR Dibenzepin:ti,ab OR Dimetacrine:ti,ab OR Dixeran:ti,ab OR Dosulepin:ti,ab OR
 2998 Doxepin:ti,ab OR duloxetine:ti,ab OR Edronax:ti,ab OR Effexor:ti,ab OR Elamol:ti,ab OR elavil:ti,ab OR
 2999 Eldepryl:ti,ab OR Elronon:ti,ab OR Emsam:ti,ab OR endep:ti,ab OR Equasym:ti,ab OR Equibrin:ti,ab
 3000 OR Escitalopram:ti,ab OR Etonin:ti,ab OR Etoferidone:ti,ab OR Fetzima:ti,ab OR Fluoxetine:ti,ab OR
 3001 Fluvoxamine:ti,ab OR Gamanil:ti,ab OR glucocorticoid:ti,ab OR Humoryl:ti,ab OR Imipramine:ti,ab OR
 3002 Inkazan:ti,ab OR Isocarboxazid:ti,ab OR Istonil:ti,ab OR Ixel:ti,ab OR Latuda:ti,ab OR
 3003 Levomilnacipran:ti,ab OR Lexapro:ti,ab OR Lofepamine:ti,ab OR Lomont:ti,ab OR Lucelan:ti,ab OR
 3004 Ludiomil:ti,ab OR Lurasidone:ti,ab OR Lustral:ti,ab OR Luvox:ti,ab OR Manerix:ti,ab OR
 3005 Maprotiline:ti,ab OR Marplan:ti,ab OR Medikinet:ti,ab OR medrol:ti,ab OR Melitracen:ti,ab OR
 3006 Melixeran:ti,ab OR Metadate:ti,ab OR Metatone:ti,ab OR methylfenidaat:ti,ab OR Methylin:ti,ab OR
 3007 methylphenidate:ti,ab OR methylprednisolon:ti,ab OR methylprednisolone:ti,ab OR Metralindole:ti,ab
 3008 OR Mianserin:ti,ab OR millipred:ti,ab OR Milnacipran:ti,ab OR mirtazapine:ti,ab OR Moclobemide:ti,ab
 3009 OR modafinil:ti,ab OR modavigil:ti,ab OR modiodal:ti,ab OR Nardil:ti,ab OR NaSSA:ti,ab OR
 3010 Nitroxazepine:ti,ab OR Nogedal:ti,ab OR Norpramin:ti,ab OR nortrilen:ti,ab OR nortriptyline:ti,ab OR
 3011 Norval:ti,ab OR Noveril:ti,ab OR Noxiptiline:ti,ab OR orapred:ti,ab OR pamelor:ti,ab OR Parnate:ti,ab
 3012 OR Paroxetine:ti,ab OR Paxil:ti,ab OR pediapred:ti,ab OR Pertofrane:ti,ab OR Phenelzine:ti,ab OR
 3013 Pipofezine:ti,ab OR Pirazidol:ti,ab OR Pirlindole:ti,ab OR prednicot:ti,ab OR prednisolon:ti,ab OR
 3014 prednisolone:ti,ab OR prednison:ti,ab OR prednisone:ti,ab OR prelone:ti,ab OR Pristiq:ti,ab OR
 3015 progestagen:ti,ab OR Prothiaden:ti,ab OR Protriptyline:ti,ab OR provigil:ti,ab OR Prozac:ti,ab OR
 3016 Quetiapine:ti,ab OR QuilliChew:ti,ab OR Quillivant:ti,ab OR rayos:ti,ab OR Reboxetine:ti,ab OR
 3017 Remeron:ti,ab OR ritalin:ti,ab OR sarotex:ti,ab OR Savella:ti,ab OR Sediel:ti,ab OR Selegiline:ti,ab OR
 3018 Seroquel:ti,ab OR seroxat:ti,ab OR Sertraline:ti,ab OR setiptiline:ti,ab OR Sinequan:ti,ab OR
 3019 Sintamil:ti,ab OR SNRI:ti,ab OR Solian:ti,ab OR solu-medrol:ti,ab OR SSRI:ti,ab OR sterapred:ti,ab OR
 3020 steroid:ti,ab OR Surmontil:ti,ab OR Tandospirone:ti,ab OR Tecipul:ti,ab OR Teniloxazine:ti,ab OR
 3021 Tofacine:ti,ab OR Tofenacin:ti,ab OR Tofranil:ti,ab OR Toloxatone:ti,ab OR Tolvon:ti,ab OR
 3022 Tranylcypromine:ti,ab OR Trausabun:ti,ab OR Trazodone:ti,ab OR Trimipramine:ti,ab OR Trintellix:ti,ab
 3023 OR Valdoxan:ti,ab OR vanatrip:ti,ab OR venlafaxine:ti,ab OR Victoril:ti,ab OR Viibryd:ti,ab OR
 3024 Vilazodone:ti,ab OR Viloxazine:ti,ab OR Vivactil:ti,ab OR Vivalan:ti,ab OR Vortioxetine:ti,ab OR
 3025 Wellbutrin:ti,ab OR Zelapar:ti,ab OR Zolof:ti,ab OR :ti,ab) AND ("Clinical Trials as Topic"/de OR "clinical
 3026 trials, phase i as topic"/de OR "clinical trials, phase ii as topic"/de OR "clinical trials, phase iii as topic"/de
 3027 OR "clinical trials, phase iv as topic"/de OR "controlled clinical trials as topic"/de OR "randomized
 3028 controlled trials as topic"/de OR "early termination of clinical trials"/de OR "multicenter studies as
 3029 topic"/de OR "Double-Blind Method"/de OR ((randomised:ti,ab OR randomized:ti,ab) AND (trial:ti,ab OR
 3030 trials:ti,ab)) OR ((single:ti,ab OR double:ti,ab OR doubled:ti,ab OR triple:ti,ab OR tripled:ti,ab OR
 3031 treble:ti,ab) AND (blind*:ti,ab OR mask*:ti,ab)) OR ("4 arm":ti,ab OR "four arm":ti,ab) OR
 3032 (systematic*:ti,ab AND (bibliographic*:ti,ab OR literature:ti,ab OR review:ti,ab OR reviewed:ti,ab OR
 3033 reviews:ti,ab)) OR (comprehensive*:ti,ab AND (bibliographic*:ti,ab OR literature:ti,ab)) OR "cochrane
 3034 database syst rev":ta OR "Evidence report/technology assessment (Summary)":jt OR
 3035 "Evidence report/technology assessment":jt OR "integrative literature review":ti,ab OR "integrative
 3036 research review":ti,ab OR "integrative review":ti,ab OR "research synthesis":ti,ab OR "research
 3037 integration":ti,ab OR cinahl:ti,ab OR embase:ti,ab OR medline:ti,ab OR psyclit:ti,ab OR (psycinfo:ti,ab
 3038 NOT "psycinfo database":ti,ab) OR pubmed:ti,ab OR scopus:ti,ab OR "web of science":ti,ab OR "data
 3039 synthesis":ti,ab OR meta-analys*:ti,ab OR meta-analyz*:ti,ab OR meta-analyt*:ti,ab OR
 3040 metaanalys*:ti,ab OR metaanalyz*:ti,ab OR metaanalyt*:ti,ab OR "meta-analysis as topic"/de OR
 3041 ((review:ti,ab AND (rationale:ti,ab OR evidence:ti,ab)))

3042 CINAHL (alleen PICO 4)
3043 (TI Cancer OR AB Cancer OR MH neoplasms OR TI adenocarcinoma OR AB adenocarcinoma OR TI
3044 adenocarcinoma* OR AB adenocarcinoma* OR TI adenosarcoma OR AB adenosarcoma OR TI
3045 adenosarcoma* OR AB adenosarcoma* OR TI antineoplastic OR AB antineoplastic OR TI carcinoid OR
3046 AB carcinoid OR TI carcinoid* OR AB carcinoid* OR TI carcinoma OR AB carcinoma OR TI carcinoma*
3047 OR AB carcinoma* OR TI glioblastoma OR AB glioblastoma OR TI glioblastoma* OR AB glioblastoma*
3048 OR TI glioma OR AB glioma OR TI glioma* OR AB glioma* OR TI Hodgkin OR AB Hodgkin OR TI
3049 Hodgkin* OR AB Hodgkin* OR TI leukaemia OR AB leukaemia OR TI leukaemi* OR AB leukaemi* OR
3050 TI leukemia OR AB leukemia OR TI leukemi* OR AB leukemi* OR TI lymphoma OR AB lymphoma OR
3051 TI lymphoma* OR AB lymphoma* OR TI malignan* OR AB malignan* OR TI melanoma OR AB
3052 melanoma OR TI melanoma* OR AB melanoma* OR TI metastasis OR AB metastasis OR TI metastatic
3053 OR AB metastatic OR TI myelodysplas* OR AB myelodysplas* OR TI myeloma OR AB myeloma OR TI
3054 myeloma* OR AB myeloma* OR TI neoplasia OR AB neoplasia OR TI neoplasia* OR AB neoplasia* OR
3055 TI neoplasm OR AB neoplasm OR TI neoplasm* OR AB neoplasm* OR TI nonseminoma* OR AB
3056 nonseminoma* OR TI oncology OR AB oncology OR TI osteosarcoma OR AB osteosarcoma OR TI
3057 osteosarcoma* OR AB osteosarcoma* OR TI sarcoma OR AB sarcoma OR TI sarcoma* OR AB
3058 sarcoma* OR TI seminoma* OR AB seminoma* OR TI teratoma* OR AB teratoma* OR TI tumor OR AB
3059 tumor OR TI tumour OR AB tumour OR TI tumour* OR AB tumour* OR TI waldenstrom* OR AB
3060 waldenstrom*) AND ((MH "Palliative Care" OR MH "Palliative Medicine" OR MH "Terminal Care" OR
3061 MH "Hospice Care" OR TI Palliat* OR AB Palliat* OR TI palliative OR AB palliative OR TI "palliative
3062 care" OR AB "palliative care" OR TI palliation OR AB palliation OR TI palliate OR AB palliate OR TI
3063 palliating OR AB palliating OR TI hospice OR AB hospice OR TI "hospice care" OR AB "hospice care"
3064 OR TI "terminal care" OR AB "terminal care" OR TI terminal OR AB terminal OR TI terminally OR AB
3065 terminally OR TI "end-of-life" OR AB "end-of-life" OR TI "end stage" OR AB "end stage" OR TI Hospices
3066 OR AB Hospices OR TI "Respite care" OR AB "Respite care") OR (TI fatigue OR AB fatigue OR MH
3067 fatigue)) AND (MH "Hematopoietic Cell Growth Factors" OR MH "Monoamine Oxidase Inhibitors" OR
3068 MH "Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors" OR MH "Antidepressive Agents, Tricyclic" OR
3069 MH "Prednisolone" OR "aventyl hydrochloride" OR TI "depression medication" OR TI "Haematopoietic
3070 cell growth factor" OR TI "haemopoietic growth factors" OR TI "haemotopoietic growth factor" OR TI
3071 "Monoamine oxidase inhibitors" OR TI "Norepinephrine reuptake inhibitors" OR TI "progestational
3072 steroids" OR TI "selective serotonin reuptake inhibitor" OR TI "Serotonin antagonists and reuptake
3073 inhibitors" OR TI "Serotonin modulators and stimulators" OR TI "serotonin-norepinephrine reuptake
3074 inhibitor" OR TI "Tetracyclic antidepressants" OR TI "tricyclic antidepressants" OR TI Adapin OR TI
3075 Agedal OR TI Agomelatine OR TI alertec OR TI Alnert OR TI Ambivalon OR TI amfetamine OR TI
3076 Amfexa OR TI Amioxid OR TI Amisulpride OR TI Amitriptyline OR TI Amitriptylinoxide OR TI Amoxapine
3077 OR TI amphetamin OR TI Anafranil OR TI antidepressant OR TI antidepressants OR TI Aptensio OR TI
3078 Asendin OR TI aspendos OR TI Aurorix OR TI Aventyl OR TI Axiomin OR TI Azafen OR TI Azaphen
3079 OR TI Bifemelane OR TI Biphentin OR TI Bolvidon OR TI Bupropion OR TI Celeport OR TI Ciprallex OR
3080 TI citalopram OR TI Clomipramine OR TI Concerta OR TI corticosteroid OR TI corticosteroid OR TI
3081 Cymbalta OR TI dapoxetine OR TI Daytrana OR TI decadron OR TI deltasone OR TI Desipramine OR
3082 TI Desvenlafaxine OR TI Desyrel OR TI dexamethason OR TI dexamethasone OR TI dexamfetamine
3083 OR TI dexamphetamine OR TI dexasone OR TI dexone OR TI dextro-amfetamine OR TI dextro-
3084 amphetamine OR TI Dibenzepin OR TI Dimetacrine OR TI Dixeran OR TI Dosulepin OR TI Doxepin OR
3085 TI duloxetine OR TI Edronax OR TI Effexor OR TI Elamol OR TI elavil OR TI Eldepryl OR TI Elronon
3086 OR TI Emsam OR TI endep OR TI Equasym OR TI Equibrin OR TI Escitalopram OR TI Etonin OR TI
3087 Etoperidone OR TI Fetzima OR TI Fluoxetine OR TI Fluvoxamine OR TI Gamanil OR TI glucocorticoid
3088 OR TI Humoryl OR TI Imipramine OR TI Inkazan OR TI Isocarboxazid OR TI Istonil OR TI Ixel OR TI
3089 Latuda OR TI Levomilnacipran OR TI Lexapro OR TI Lofepamine OR TI Lomont OR TI Lucelan OR TI
3090 Ludiomil OR TI Lurasidone OR TI Lustral OR TI Luvox OR TI Manerix OR TI Maprotiline OR TI Marplan
3091 OR TI Medikinet OR TI medrol OR TI Melitracen OR TI Melixeran OR TI Metadate OR TI Metatone OR
3092 TI methylfenidaat OR TI Methylin OR TI methylphenidate OR TI methylprednisolon OR TI
3093 methylprednisolone OR TI Metralindole OR TI Mianserin OR TI millipred OR TI Milnacipran OR TI
3094 mirtazapine OR TI Moclobemide OR TI modafinil OR TI modavigil OR TI modiodal OR TI Nardil OR TI

3095 NaSSA OR TI Nitroxazepine OR TI Nogedal OR TI Norpramin OR TI nortrilen OR TI nortriptyline OR TI
3096 Norval OR TI Noveril OR TI Noxiptiline OR TI orapred OR TI pamelor OR TI Parnate OR TI Paroxetine
3097 OR TI Paxil OR TI pediapred OR TI Pertofrane OR TI Phenelzine OR TI Pipofezine OR TI Pirazidol OR
3098 TI Pirlindole OR TI prednicot OR TI prednisolon OR TI prednisolone OR TI prednison OR TI prednisone
3099 OR TI prelone OR TI Pristiq OR TI progestageen OR TI progestagen OR TI Prothiaden OR TI
3100 Protriptyline OR TI provigil OR TI Prozac OR TI Quetiapine OR TI QuilliChew OR TI Quillivant OR TI
3101 rayos OR TI Reboxetine OR TI Remeron OR TI ritalin OR TI sarotex OR TI Savella OR TI Sediel OR TI
3102 Selegiline OR TI Seroquel OR TI seroxat OR TI Sertraline OR TI setiptiline OR TI Sinequan OR TI
3103 Sintamil OR TI SNRI OR TI Solian OR TI solu-medrol OR TI SSRI OR TI sterapred OR TI steroid OR TI
3104 Surmontil OR TI Tandospirone OR TI TCA OR TI Tecipul OR TI Teniloxazine OR TI Tofacine OR TI
3105 Tofenacin OR TI Tofranil OR TI Toloxatone OR TI Tolvon OR TI Tranlycypromine OR TI Trausabun OR
3106 TI Trazodone OR TI Trimipramine OR TI Trintellix OR TI Valdoxan OR TI vanatrip OR TI venlafaxine
3107 OR TI Victoril OR TI Viibryd OR TI Vilazodone OR TI Viloxazine OR TI Vivactil OR TI Vivalan OR TI
3108 Vortioxetine OR TI Wellbutrin OR TI Zelapar OR TI Zoloft OR AB "aventyl hydrochloride" OR AB
3109 "depression medication" OR AB "Haematopoietic cell growth factor" OR AB "haemopoietic growth
3110 factors" OR AB "haematopoietic growth factor" OR AB "Monoamine oxidase inhibitors" OR AB
3111 "Norepinephrine reuptake inhibitors" OR AB "progestational steroids" OR AB "selective serotonin
3112 reuptake inhibitor" OR AB "Serotonin antagonists and reuptake inhibitors" OR AB "Serotonin modulators
3113 and stimulators" OR AB "serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor" OR AB "Tetracyclic
3114 antidepressants" OR AB "tricyclic antidepressants" OR AB Adapin OR AB Agedal OR AB Agomelatine
3115 OR AB alertec OR AB Alnert OR AB Ambivalon OR AB amfetamine OR AB Amfexa OR AB Amioxid OR
3116 AB Amisulpride OR AB Amitriptyline OR AB Amitriptylinoxide OR AB Amoxapine OR AB amphetamin
3117 OR AB Anafranil OR AB antidepressant OR AB antidepressants OR AB Aptensio OR AB Asendin OR
3118 AB aspendos OR AB Aurorix OR AB Aventyl OR AB Axiomin OR AB Azafen OR AB Azaphen OR AB
3119 Bifemelane OR AB Biphentin OR AB Bolvidon OR AB Bupropion OR AB Celeport OR AB Cipralox OR
3120 AB citalopram OR AB Clomipramine OR AB Concerta OR AB corticosteroid OR AB corticosteroid OR
3121 AB Cymbalta OR AB dapoxetine OR AB Daytrana OR AB decadron OR AB deltasone OR AB
3122 Desipramine OR AB Desvenlafaxine OR AB Desyrel OR AB dexamethason OR AB dexamethasone OR
3123 AB dexamfetamine OR AB dexamphetamine OR AB dexasone OR AB dexone OR AB dextro-
3124 amfetamine OR AB dextro-amphetamine OR AB Dibenzepin OR AB Dimetacrine OR AB Dixeran OR
3125 AB Dosulepin OR AB Doxepin OR AB duloxetine OR AB Edronax OR AB Effexor OR AB Elamol OR AB
3126 elavil OR AB Eldepryl OR AB Elronon OR AB Emsam OR AB endep OR AB Equasym OR AB Equibrin
3127 OR AB Escitalopram OR AB Etonin OR AB Etoperidone OR AB Fetzima OR AB Fluoxetine OR AB
3128 Fluvoxamine OR AB Gamanil OR AB glucocorticoid OR AB Humoryl OR AB Imipramine OR AB Inkazan
3129 OR AB Isocarboxazid OR AB Istonil OR AB Ixel OR AB Latuda OR AB Levomilnacipran OR AB Lexapro
3130 OR AB Lofepamine OR AB Lomont OR AB Lucelan OR AB Ludiomil OR AB Lurasidone OR AB Lustral
3131 OR AB Luvox OR AB Manerix OR AB Maprotiline OR AB Marplan OR AB Medikinet OR AB medrol OR
3132 AB Melitracen OR AB Melixeran OR AB Metadate OR AB Metatone OR AB methylfenidaat OR AB
3133 Methylin OR AB methylphenidate OR AB methylprednisolon OR AB methylprednisolone OR AB
3134 Metralindole OR AB Mianserin OR AB millipred OR AB Milnacipran OR AB mirtazapine OR AB
3135 Moclobemide OR AB modafinil OR AB modavigil OR AB modiodal OR AB Nardil OR AB NaSSA OR AB
3136 Nitroxazepine OR AB Nogedal OR AB Norpramin OR AB nortrilen OR AB nortriptyline OR AB Norval
3137 OR AB Noveril OR AB Noxiptiline OR AB orapred OR AB pamelor OR AB Parnate OR AB Paroxetine
3138 OR AB Paxil OR AB pediapred OR AB Pertofrane OR AB Phenelzine OR AB Pipofezine OR AB
3139 Pirazidol OR AB Pirlindole OR AB prednicot OR AB prednisolon OR AB prednisolone OR AB prednison
3140 OR AB prednisone OR AB prelone OR AB Pristiq OR AB progestageen OR AB progestagen OR AB
3141 Prothiaden OR AB Protriptyline OR AB provigil OR AB Prozac OR AB Quetiapine OR AB QuilliChew
3142 OR AB Quillivant OR AB rayos OR AB Reboxetine OR AB Remeron OR AB ritalin OR AB sarotex OR
3143 AB Savella OR AB Sediel OR AB Selegiline OR AB Seroquel OR AB seroxat OR AB Sertraline OR AB
3144 setiptiline OR AB Sinequan OR AB Sintamil OR AB SNRI OR AB Solian OR AB solu-medrol OR AB
3145 SSRI OR AB sterapred OR AB steroid OR AB Surmontil OR AB Tandospirone OR AB TCA OR AB
3146 Tecipul OR AB Teniloxazine OR AB Tofacine OR AB Tofenacin OR AB Tofranil OR AB Toloxatone OR
3147 AB Tolvon OR AB Tranlycypromine OR AB Trausabun OR AB Trazodone OR AB Trimipramine OR AB

3148 Trintellix OR AB Valdoxan OR AB vanatrip OR AB venlafaxine OR AB Victoril OR AB Viibryd OR AB
3149 Vilazodone OR AB Viloxazine OR AB Vivactil OR AB Vivalan OR AB Vortioxetine OR AB Wellbutrin OR
3150 AB Zelapar OR AB Zolofit) AND (PT "Clinical Trial" OR MH "Clinical Trials as Topic" OR MH "clinical
3151 trials, phase i as topic" OR MH "clinical trials, phase ii as topic" OR MH "clinical trials, phase iii as topic"
3152 OR MH "clinical trials, phase iv as topic" OR MH "controlled clinical trials as topic" OR MH "randomized
3153 controlled trials as topic" OR MH "early termination of clinical trials" OR MH "multicenter studies as
3154 topic" OR MH "Double-Blind Method" ((TI randomised OR AB randomised OR TI randomized OR AB
3155 randomized) AND (TI trial OR AB trial OR TI trials OR AB trials)) OR ((TI single OR AB single OR TI
3156 double OR AB double OR TI doubled OR AB doubled OR TI triple OR AB triple OR TI tripled OR AB
3157 tripled OR TI treble OR AB treble) AND (TI blind* OR AB blind* OR TI mask* OR AB mask*)) OR TI "4
3158 arm" OR AB "4 arm" OR TI "four arm" OR AB "four arm" OR ((TI systematic* OR AB systematic*) AND
3159 (TI bibliographic* OR AB bibliographic* OR TI literature OR AB literature OR TI review OR AB review
3160 OR TI reviewed OR AB reviewed OR TI reviews OR AB reviews)) OR ((TI comprehensive* OR AB
3161 comprehensive*) AND (TI bibliographic* OR AB bibliographic* OR TI literature OR AB literature)) OR
3162 "cochrane database syst rev" OR "Evidence report/technology assessment" OR TI "integrative literature
3163 review" OR AB "integrative literature review" OR TI "integrative research review" OR AB "integrative
3164 research review" OR TI "integrative review" OR AB "integrative review" OR TI "research synthesis" OR
3165 AB "research synthesis" OR TI "research integration" OR AB "research integration" OR AB cinahl OR
3166 AB embase OR AB medline OR AB psyclit OR AB psycinfo OR AB pubmed OR AB scopus OR AB
3167 "web of science" OR TI "data synthesis" OR AB "data synthesis" OR TI meta-analys* OR AB meta-
3168 analys* OR TI meta-analyz* OR AB meta-analyz* OR TI meta-analyt* OR AB meta-analyt* OR TI
3169 metaanalys* OR AB metaanalys* OR TI metaanalyz* OR AB metaanalyz* OR TI metaanalyt* OR AB
3170 metaanalyt* OR MH "meta-analysis as topic" OR (((TI review OR AB review) AND (TI rationale OR AB
3171 rationale OR TI evidence OR AB evidence))))

3172

3173 PsycInfo (OVID) (alleen PICO 4)

3174 (Cancer OR neoplasms.mh. OR adenocarcinoma OR adenocarcinoma* OR adenosarcoma OR
3175 adenosarcoma* OR antineoplastic OR carcinoid OR carcinoid* OR carcinoma OR carcinoma* OR
3176 glioblastoma OR glioblastoma* OR glioma OR glioma* OR Hodgkin OR Hodgkin* OR leukaemia OR
3177 leukaemi* OR leukemia OR leukemi* OR lymphoma OR lymphoma* OR malignan* OR melanoma OR
3178 melanoma* OR metastasis OR metastatic OR myelodysplas* OR myeloma OR myeloma* OR neoplasia
3179 OR neoplasia* OR neoplasm OR neoplasm* OR nonseminoma* OR oncology OR osteosarcoma OR
3180 osteosarcoma* OR sarcoma OR sarcoma* OR seminoma* OR teratoma* OR tumor OR tumour OR
3181 tumour* OR waldenstrom*) AND (Palliative Care.mh. OR Palliative Medicine.mh. OR Terminal Care.mh.
3182 OR Hospice Care.mh. OR Palliat* OR palliative OR palliative care OR palliation OR palliate OR
3183 palliating OR hospice OR hospice care OR terminal care OR terminal OR terminally OR end-of-life OR
3184 end stage OR Hospices OR Respite care OR fatigue OR fatigue.mh.) AND ("Hematopoietic Cell Growth
3185 Factors".mh. OR "Monoamine Oxidase Inhibitors".mh. OR "Serotonin and Noradrenaline Reuptake
3186 Inhibitors".mh. OR "Antidepressive Agents, Tricyclic".mh. OR "Prednisolone".mh. OR aventyl
3187 hydrochloride.ti. OR depression medication .ti. OR Haematopoietic cell growth factor.ti. OR
3188 haemopoietic growth factors.ti. OR haemotopoietic growth factor.ti. OR Monoamine oxidase inhibitors.ti.
3189 OR Norepinephrine reuptake inhibitors.ti. OR progestational steroids.ti. OR selective serotonin reuptake
3190 inhibitor.ti. OR (Serotonin antagonists and reuptake inhibitors).ti. OR (Serotonin modulators and
3191 stimulators).ti. OR (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor).ti. OR (Tetracyclic antidepressants).ti.
3192 OR (tricyclic antidepressants).ti. OR Adapin.ti. OR Agedal.ti. OR Agomelatine.ti. OR alerotec.ti. OR
3193 Alnert.ti. OR Ambivalon.ti. OR amfetamine.ti. OR Amfexa.ti. OR Amioxid.ti. OR Amisulpride.ti. OR
3194 Amitriptyline.ti. OR Amitriptylinoxide.ti. OR Amoxapine.ti. OR amphetamin.ti. OR Anafranil.ti. OR
3195 antidepressant.ti. OR antidepressants.ti. OR Aptensio.ti. OR Asendin.ti. OR aspendos.ti. OR Aurorix.ti.
3196 OR Aventyl.ti. OR Axiomin.ti. OR Azafen.ti. OR Azaphen.ti. OR Bifemelane.ti. OR Biphentin.ti. OR
3197 Bolvidon.ti. OR Bupropion.ti. OR Celeport.ti. OR Ciprallex.ti. OR citalopram.ti. OR Clomipramine.ti. OR
3198 Concerta.ti. OR corticosteroid.ti. OR corticosteroid.ti. OR Cymbalta.ti. OR dapoxetine.ti. OR Daytrana.ti.
3199 OR decadron.ti. OR deltasone.ti. OR Desipramine.ti. OR Desvenlafaxine.ti. OR Desyrel.ti. OR
3200 dexamethason.ti. OR dexamethasone.ti. OR dexamfetamine.ti. OR dexamphetamine.ti. OR dexasone.ti.

3201 OR dexone.ti. OR dextro-amfetamine.ti. OR dextro-amphetamine.ti. OR Dibenzepin.ti. OR
3202 Dimetacrine.ti. OR Dixeran.ti. OR Dosulepin.ti. OR Doxepin.ti. OR duloxetine.ti. OR Edronax.ti. OR
3203 Effexor.ti. OR Elamol.ti. OR elavil.ti. OR Eldepryl.ti. OR Elronon.ti. OR Emsam.ti. OR endep.ti. OR
3204 Equasym.ti. OR Equilibrin.ti. OR Escitalopram.ti. OR Etonin.ti. OR Etoperidone.ti. OR Fetzima.ti. OR
3205 Fluoxetine.ti. OR Fluvoxamine.ti. OR Gamanil.ti. OR glucocorticoid.ti. OR Humoryl.ti. OR Imipramine.ti.
3206 OR Inkazan.ti. OR Isocarboxazid.ti. OR Istonil.ti. OR Ixel.ti. OR Latuda.ti. OR Levomilnacipran.ti. OR
3207 Lexapro.ti. OR Lofepramine.ti. OR Lomont.ti. OR Lucelan.ti. OR Ludiomil.ti. OR Lurasidone.ti. OR
3208 Lustral.ti. OR Luvox.ti. OR Manerix.ti. OR Maprotiline.ti. OR Marplan.ti. OR Medikinet.ti. OR medrol.ti.
3209 OR Melitracen.ti. OR Melixeran.ti. OR Metadate.ti. OR Metatone.ti. OR methylfenidaat.ti. OR Methylin.ti.
3210 OR methylphenidate.ti. OR methylprednisolon.ti. OR methylprednisolone.ti. OR Metralindole.ti. OR
3211 Mianserin.ti. OR millipred.ti. OR Milnacipran.ti. OR mirtazapine.ti. OR Moclobemide.ti. OR modafinil.ti.
3212 OR modavigil.ti. OR modiodal.ti. OR Nardil.ti. OR NaSSA.ti. OR Nitroxazepine.ti. OR Nogedal.ti. OR
3213 Norpramin.ti. OR nortrilen.ti. OR nortriptyline.ti. OR Norval.ti. OR Noveril.ti. OR Noxiptiline.ti. OR
3214 orapred.ti. OR pamelor.ti. OR Parnate.ti. OR Paroxetine.ti. OR Paxil.ti. OR pediaped.ti. OR
3215 Pertofrane.ti. OR Phenelzine.ti. OR Pipofezine.ti. OR Pirazidol.ti. OR Pirlindole.ti. OR prednicot.ti. OR
3216 prednisolon.ti. OR prednisolone.ti. OR prednison.ti. OR prednisone.ti. OR prelone.ti. OR Pristiq.ti. OR
3217 progestageen.ti. OR progestagen.ti. OR Prothiaden.ti. OR Protriptyline.ti. OR provigil.ti. OR Prozac.ti.
3218 OR Quetiapine.ti. OR QuilliChew.ti. OR Quillivant.ti. OR rayos.ti. OR Reboxetine.ti. OR Remeron.ti. OR
3219 ritalin.ti. OR sarotex.ti. OR Savella.ti. OR Sediel.ti. OR Selegiline.ti. OR Seroquel.ti. OR seroxat.ti. OR
3220 Sertraline.ti. OR setiptiline.ti. OR Sinequan.ti. OR Sintamil.ti. OR SNRI.ti. OR Solian.ti. OR solu-
3221 medrol.ti. OR SSRI.ti. OR steraped.ti. OR steroid.ti. OR Surmontil.ti. OR Tandospirone.ti. OR TCA.ti.
3222 OR Tecipul.ti. OR Teniloxazine.ti. OR Tofacine.ti. OR Tofenacin.ti. OR Tofranil.ti. OR Toloxatone.ti. OR
3223 Tolvon.ti. OR Tranylcypromine.ti. OR Trausabun.ti. OR Trazodone.ti. OR Trimipramine.ti. OR
3224 Trintellix.ti. OR Valdoxan.ti. OR vanatrip.ti. OR venlafaxine.ti. OR Victoril.ti. OR Viibryd.ti. OR
3225 Vilazodone.ti. OR Viloxazine.ti. OR Vivactil.ti. OR Vivalan.ti. OR Vortioxetine.ti. OR Wellbutrin.ti. OR
3226 Zelapar.ti. OR Zoloft.ti. OR aventyl hydrochloride.ab. OR depression medication.ab. OR Haematopoietic
3227 cell growth factor.ab. OR haemopoietic growth factors.ab. OR haematopoietic growth factor.ab. OR
3228 Monoamine oxidase inhibitors.ab. OR Norepinephrine reuptake inhibitors.ab. OR progestational
3229 steroids.ab. OR selective serotonin reuptake inhibitor.ab. OR (Serotonin antagonists and reuptake
3230 inhibitors).ab. OR (Serotonin modulators and stimulators).ab. OR (serotonin-norepinephrine reuptake
3231 inhibitor).ab. OR Tetracyclic antidepressants.ab. OR tricyclic antidepressants.ab. OR Adapin.ab. OR
3232 Agedal.ab. OR Agomelatine.ab. OR alerdec.ab. OR Alnert.ab. OR Ambivalon.ab. OR amfetamine.ab.
3233 OR Amfexa.ab. OR Amioxid.ab. OR Amisulpride.ab. OR Amitriptyline.ab. OR Amitriptylinoxide.ab. OR
3234 Amoxapine.ab. OR amphetamin.ab. OR Anafranil.ab. OR antidepressant.ab. OR antidepressants.ab.
3235 OR Aptensio.ab. OR Asendin.ab. OR aspendos.ab. OR Aurorix.ab. OR Aventyl.ab. OR Axiomin.ab. OR
3236 Azafen.ab. OR Azaphen.ab. OR Bifemelane.ab. OR Biphentin.ab. OR Bolvidon.ab. OR Bupropion.ab.
3237 OR Celeport.ab. OR Cipralext.ab. OR citalopram.ab. OR Clomipramine.ab. OR Concerta.ab. OR
3238 corticosteroid.ab. OR corticosteroid.ab. OR Cymbalta.ab. OR dapoxetine.ab. OR Daytrana.ab. OR
3239 decadron.ab. OR dexasone.ab. OR Desipramine.ab. OR Desvenlafaxine.ab. OR Desyrel.ab. OR
3240 dexamethason.ab. OR dexamethasone.ab. OR dexamfetamine.ab. OR dexamphetamine.ab. OR
3241 dexasone.ab. OR dexone.ab. OR dextro-amfetamine.ab. OR dextro-amphetamine.ab. OR
3242 Dibenzepin.ab. OR Dimetacrine.ab. OR Dixeran.ab. OR Dosulepin.ab. OR Doxepin.ab. OR
3243 duloxetine.ab. OR Edronax.ab. OR Effexor.ab. OR Elamol.ab. OR elavil.ab. OR Eldepryl.ab. OR
3244 Elronon.ab. OR Emsam.ab. OR endep.ab. OR Equasym.ab. OR Equilibrin.ab. OR Escitalopram.ab. OR
3245 Etonin.ab. OR Etoperidone.ab. OR Fetzima.ab. OR Fluoxetine.ab. OR Fluvoxamine.ab. OR
3246 Gamanil.ab. OR glucocorticoid.ab. OR Humoryl.ab. OR Imipramine.ab. OR Inkazan.ab. OR
3247 Isocarboxazid.ab. OR Istonil.ab. OR Ixel.ab. OR Latuda.ab. OR Levomilnacipran.ab. OR Lexapro.ab.
3248 OR Lofepramine.ab. OR Lomont.ab. OR Lucelan.ab. OR Ludiomil.ab. OR Lurasidone.ab. OR
3249 Lustral.ab. OR Luvox.ab. OR Manerix.ab. OR Maprotiline.ab. OR Marplan.ab. OR Medikinet.ab. OR
3250 medrol.ab. OR Melitracen.ab. OR Melixeran.ab. OR Metadate.ab. OR Metatone.ab. OR
3251 methylfenidaat.ab. OR Methylin.ab. OR methylphenidate.ab. OR methylprednisolon.ab. OR
3252 methylprednisolone.ab. OR Metralindole.ab. OR Mianserin.ab. OR millipred.ab. OR Milnacipran.ab. OR
3253 mirtazapine.ab. OR Moclobemide.ab. OR modafinil.ab. OR modavigil.ab. OR modiodal.ab. OR

3254 Nardil.ab. OR NaSSA.ab. OR Nitroxazepine.ab. OR Nogedal.ab. OR Norpramin.ab. OR nortrilen.ab.
 3255 OR nortriptyline.ab. OR Norval.ab. OR Noveril.ab. OR Noxiptiline.ab. OR orapred.ab. OR pamelor.ab.
 3256 OR Parnate.ab. OR Paroxetine.ab. OR Paxil.ab. OR pediapred.ab. OR Pertofrane.ab. OR
 3257 Phenelzine.ab. OR Pipofezine.ab. OR Pirazidol.ab. OR Pirlindole.ab. OR prednicot.ab. OR
 3258 prednisolon.ab. OR prednisolone.ab. OR prednison.ab. OR prednisone.ab. OR prelone.ab. OR
 3259 Pristiq.ab. OR progestageen.ab. OR progestagen.ab. OR Prothiaden.ab. OR Protriptyline.ab. OR
 3260 provigil.ab. OR Prozac.ab. OR Quetiapine.ab. OR QuilliChew.ab. OR Quillivant.ab. OR rayos.ab. OR
 3261 Reboxetine.ab. OR Remeron.ab. OR ritalin.ab. OR sarotex.ab. OR Savella.ab. OR Sediell.ab. OR
 3262 Selegiline.ab. OR Seroquel.ab. OR seroxat.ab. OR Sertraline.ab. OR setiptiline.ab. OR Sinequan.ab.
 3263 OR Sintamil.ab. OR SNRI.ab. OR Solian.ab. OR solu-medrol.ab. OR SSRI.ab. OR sterapred.ab. OR
 3264 steroid.ab. OR Surmontil.ab. OR Tandospirone.ab. OR TCA.ab. OR Tecipul.ab. OR Teniloxazine.ab.
 3265 OR Tofacine.ab. OR Tofenacin.ab. OR Tofranil.ab. OR Toloxatone.ab. OR Tolvon.ab. OR
 3266 Tranylcypromine.ab. OR Trausabun.ab. OR Trazodone.ab. OR Trimipramine.ab. OR Trintellix.ab. OR
 3267 Valdoxan.ab. OR vanatrip.ab. OR venlafaxine.ab. OR Victoril.ab. OR Viibryd.ab. OR Vilazodone.ab. OR
 3268 Viloxazine.ab. OR Vivactil.ab. OR Vivalan.ab. OR Vortioxetine.ab. OR Wellbutrin.ab. OR Zelapar.ab.
 3269 OR Zolofit.ab.) AND (clinical trials, phase i as topic.mh. OR Clinical Trial.mh. OR Clinical Trials as
 3270 Topic.mh. OR clinical trials, phase ii as topic.mh. OR clinical trials, phase iii as topic.mh. OR clinical
 3271 trials, phase iv as topic.mh. OR controlled clinical trials as topic.mh. OR randomized controlled trials as
 3272 topic.mh. OR early termination of clinical trials.mh. OR multicenter studies as topic.mh. OR Double-
 3273 Blind Method.mh. OR ((randomised.ti. OR randomized.ti.) AND (trial.ti. OR trials.ti.)) OR
 3274 ((randomised.ab. OR randomized.ab.) AND (trial.ab. OR trials.ab.)) OR ((single.ab. OR double.ab. OR
 3275 doubled.ab. OR triple.ab. OR tripled.ab. OR treble.ab.) AND (blind*.ab. OR mask*.ab.)) OR ((single.ab.
 3276 OR double.ab. OR doubled.ab. OR triple.ab. OR tripled.ab. OR treble.ab.) AND (blind*.ab. OR
 3277 mask*.ab.)) OR 4 arm.ti. OR four arm.ti. OR 4 arm.ti. OR four arm.ti. OR (systematic.ti. AND
 3278 (bibliographic*.ti. OR literature.ti. OR review.ti OR reviewed.ti OR reviews.ti.)) OR (systematic.ab. AND
 3279 (bibliographic*.ab. OR literature.ab. OR review.ab. OR reviewed.ab. OR reviews.ab.)) OR
 3280 (comprehensive*.ti. AND (bibliographic*.ti. OR literature.ti.)) OR (comprehensive*.ab. AND
 3281 (bibliographic*.ab. OR literature.ab.)) OR cochrane database syst rev.jn. OR Evidence reporttechnology
 3282 assessment.jn. OR integrative literature review.ti OR integrative literature review.ab. OR integrative
 3283 research review.ti. OR integrative research review.ab. OR integrative review.ti. OR integrative
 3284 review.ab. OR research synthesis.ti OR research synthesis.ab. OR research integration.ti. OR research
 3285 integration.ab. OR cinahl.ab. OR Embase.ab. OR medline.ab. OR psyclit.ab. OR psycinfo.ab. OR
 3286 pubmed.ab. OR scopus.ab. OR web of science.ab. OR data synthesis.ti. OR data synthesis.ab. OR
 3287 meta-analys*.ti OR meta-analys*.ab. OR meta-analyz*.ti. OR meta-analyz*.ab. OR meta-analyt*.ti. OR
 3288 meta-analyt*.ab. OR metaanalys*.ti. OR metaanalys*.ab. OR metaanalyz*.ti. OR metaanalyz*.ab. OR
 3289 metaanalyt*.ti. OR metaanalyt*.ab. OR meta-analysis as topic.mh. OR (review.ti AND (rationale.ti. OR
 3290 evidence.ti)) OR (review.ab. AND (rationale.ab. OR evidence.ab.))

3291

3292 Cochrane

3293 ((Cancer OR neoplasms OR adenocarcinoma OR adenocarcinoma* OR adenosarcoma OR
 3294 adenosarcoma* OR aneoplasc OR carcinoid OR carcinoid* OR carcinoma OR carcinoma* OR
 3295 glioblastoma OR glioblastoma* OR glioma OR glioma* OR Hodgkin OR Hodgkin* OR leukaemia OR
 3296 leukaemi* OR leukemia OR leukemi* OR lymphoma OR lymphoma* OR malignan* OR melanoma OR
 3297 melanoma* OR metastasis OR metastac OR myelodysplas* OR myeloma OR myeloma* OR neoplasia
 3298 OR neoplasia* OR neoplasm OR neoplasm* OR nonseminoma* OR oncology OR osteosarcoma OR
 3299 osteosarcoma* OR sarcoma OR sarcoma* OR seminoma* OR teratoma* OR tumor OR tumour OR
 3300 tumour* OR waldenstrom*):ti,ab,kw) AND (("Palliative Care" OR "Palliative Medicine" OR "Terminal
 3301 Care" OR "Hospice Care" OR Palliat* OR palliative OR "palliative care" OR palliation OR palliate OR
 3302 palliate OR palliating OR hospice OR "hospice care" OR "terminal care" OR terminal OR terminally OR
 3303 "end-of-life" OR "end stage" OR Hospices OR "Respite care") OR (fatigue OR fatigue)):ti,ab,kw) AND
 3304 (("aventyl hydrochloride" OR "depression medication" OR "Haematopoietic cell growth factor" OR
 3305 "haemopoietic growth factors" OR "haematopoietic growth factor" OR "Monoamine oxidase inhibitors"
 3306 OR "Norepinephrine reuptake inhibitors" OR "progestational steroids" OR "selective serotonin reuptake

3307 inhibitor” OR “Serotonin antagonists and reuptake inhibitors” OR “Serotonin modulators and stimulators”
3308 OR “serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor” OR “Tetracyclic antidepressants” OR “tricyclic
3309 antidepressants” OR Adapin OR Agedal OR Agomelatine OR alertec OR Alnert OR Ambivalon OR
3310 amfetamine OR Amfexa OR Amioxid OR Amisulpride OR Amitriptyline OR Amitriptylinoxide OR
3311 Amoxapine OR amphetamin OR Anafranil OR antidepressant OR antidepressants OR Aptensio OR
3312 Asendin OR aspendos OR Aurorix OR Aventyl OR Axiomin OR Azafen OR Azaphen OR Bifemelane
3313 OR Biphentin OR Bolvidon OR Bupropion OR Celeport OR Cipralex OR citalopram OR Clomipramine
3314 OR Concerta OR corticosteroid OR corticosteroid OR Cymbalta OR dapoxetine OR Daytrana OR
3315 decadron OR deltasone OR Desipramine OR Desvenlafaxine OR Desyrel OR dexamethason OR
3316 dexamethasone OR dexamfetamine OR dexamphetamine OR dexasone OR dexone OR dextro-
3317 amfetamine OR dextro-amphetamine OR Dibenzepin OR Dimetacrine OR Dixeran OR Dosulepin OR
3318 Doxepin OR duloxetine OR Edronax OR Effexor OR Elamol OR elavil OR Eldepryl OR Elronon OR
3319 Emsam OR endep OR Equasym OR Equilibrin OR Escitalopram OR Etonin OR Etoperidone OR
3320 Fetzima OR Fluoxetine OR Fluvoxamine OR Gamanil OR glucocorticoid OR Humoryl OR Imipramine
3321 OR Inkazan OR Isocarboxazid OR Istonil OR Ixel OR Latuda OR Levomilnacipran OR Lexapro OR
3322 Lofepramine OR Lomont OR Lucelan OR Ludiomil OR Lurasidone OR Lustral OR Luvox OR Manerix
3323 OR Maprotiline OR Marplan OR Medikinet OR medrol OR Melitracen OR Melixeran OR Metadate OR
3324 Metatone OR methylfenidaat OR Methylin OR methylphenidate OR methylprednisolon OR
3325 methylprednisolone OR Metralindole OR Mianserin OR millipred OR Milnacipran OR mirtazapine OR
3326 Moclobemide OR modafinil OR modavigil OR modiodal OR Nardil OR NaSSA OR Nitroxazepine OR
3327 Nogedal OR Norpramin OR nortrilen OR nortriptyline OR Norval OR Noveril OR Noxiptiline OR orapred
3328 OR pamelor OR Parnate OR Paroxetine OR Paxil OR pediapred OR Pertofrane OR Phenelzine OR
3329 Pipofezine OR Pirazidol OR Pirlindole OR prednicot OR prednisolon OR prednisolone OR prednison
3330 OR prednisone OR prelone OR Pristiq OR progestageen OR progestagen OR Prothiaden OR
3331 Protriptyline OR provigil OR Prozac OR Quetiapine OR QuilliChew OR Quillivant OR rayos OR
3332 Reboxetine OR Remeron OR ritalin OR sarotex OR Savella OR Sediel OR Selegiline OR Seroquel OR
3333 seroxat OR Sertraline OR setiptiline OR Sinequan OR Sintamil OR SNRI OR Solian OR solu-medrol
3334 OR SSRI OR sterapred OR steroid OR Surmontil OR Tandospirone OR TCA OR Tecipul OR
3335 Teniloxazine OR Tofacine OR Tofenacin OR Tofranil OR Toloxatone OR Tolvon OR Tranylcypramine
3336 OR Trausabun OR Trazodone OR Trimipramine OR Trintellix OR Valdoxan OR vanatrip OR venlafaxine
3337 OR Victoril OR Viibryd OR Vilazodone OR Viloxazine OR Vivactil OR Vivalan OR Vortioxetine OR
3338 Wellbutrin OR Zelapar OR Zolof(t):ti,ab,kw)

3339

3340 Datum: 31 aug 2017

3341

3342 Embase

3343 1. Patienten: 233,831

3344 2. Palliatief: 836,421

3345 3. Interventie: 629,790

3346 4. Studie type: 1,232,449

3347 5. 1 and 2 and 3 and 4: 1,643

3348

3349	<u>CINAHL</u>
3350	1. Patienten: 248,581
3351	2. Palliatief: 93,775
3352	3. Interventie: 34,465
3353	4. Studie type: 0
3354	5. 1 and 2 and 3: 457
3355	
3356	<u>PsycInfo</u>
3357	1. Patienten: 74822
3358	2. Palliatief: 60108
3359	3. Interventie: 74354
3360	4. Studie type: 4103450
3361	5. 1 and 2 and 3 and 4: 212

CONCEPT

3362 **Uitgangsvraag 5: Beweging en lichamelijke activiteit**

3363 Wat zijn de effecten van beweging/lichamelijke training op vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek)
3364 functioneren in vergelijking met geen beweging/lichamelijke training bij patiënten met vermoeidheid bij
3365 kanker in de palliatieve fase?

3366
3367 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase
3368 **Interventie** Beweging/lichamelijke training
3369 **Comparator** Geen beweging/lichamelijke training
3370 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren

3371

3372 **Zoekstrategieën:**

3373 Pubmed

3374 (Cancer[TIAB] OR cancer[OT] OR neoplasms[Mesh] OR adenocarcinoma[TIAB] OR
3375 adenocarcinoma*[TIAB] OR adenosarcoma[TIAB] OR adenosarcoma*[TIAB] OR antineoplastic[TIAB]
3376 OR carcinoid[TIAB] OR carcinoid*[TIAB] OR carcinoma[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR
3377 glioblastoma[TIAB] OR glioblastoma*[TIAB] OR glioma[TIAB] OR glioma*[TIAB] OR Hodgkin[TIAB] OR
3378 Hodgkin*[TIAB] OR leukaemia[TIAB] OR leukaemi*[TIAB] OR leukemia[TIAB] OR leukemi*[TIAB] OR
3379 lymphoma[TIAB] OR lymphoma*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR melanoma[TIAB] OR melanoma*[TIAB]
3380 OR metastasis[TIAB] OR metastatic[TIAB] OR myelodysplas*[TIAB] OR myeloma[TIAB] OR
3381 myeloma*[TIAB] OR neoplasia[TIAB] OR neoplasia*[TIAB] OR neoplasm[TIAB] OR neoplasm*[TIAB]
3382 OR nonseminoma*[TIAB] OR oncology[TIAB] OR osteosarcoma[TIAB] OR osteosarcoma*[TIAB] OR
3383 sarcoma[TIAB] OR sarcoma*[TIAB] OR seminoma*[TIAB] OR teratoma*[TIAB] OR tumor[TIAB] OR
3384 tumour[TIAB] OR tumour*[TIAB] OR waldenstrom*[TIAB]) AND (("Palliative Care"[Mesh] OR "Palliative
3385 Medicine"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh] OR Palliat*[TIAB] OR
3386 palliative[TIAB] OR "palliative care"[TIAB] OR palliation[TIAB] OR palliate[TIAB] OR palliating[TIAB] OR
3387 hospice[TIAB] OR "hospice care"[TIAB] OR "terminal care"[TIAB] OR terminal[TIAB] OR
3388 terminally[TIAB] OR "end-of-life"[TIAB] OR "end stage"[TIAB] OR Hospices[TIAB] OR "Respite
3389 care"[TIAB] OR (fatigue[TIAB] OR fatigue[Mesh])) AND (exercise[Mesh] OR "Exercise Therapy"[Mesh]
3390 OR rehabilitation OR Sports[Mesh] OR "Physical Fitness"[Mesh] OR "Physical Education and
3391 training"[Mesh] OR "aerobe physical activity"[tiab] OR "Health-enhancing physical activity"[tiab] OR
3392 "Muscle-strengthening activity"[tiab] OR ((walking[tiab] OR running[tiab] OR physical[tiab]) AND
3393 (training[tiab] OR activity[tiab] OR exercise[tiab] OR Exertion[tiab] OR intervention[tiab]))) AND ("Clinical
3394 Trial"[PT:NoExp] OR "clinical trial, phase i"[pt] OR "clinical trial, phase ii"[pt] OR "clinical trial, phase
3395 iii"[pt] OR "clinical trial, phase iv"[pt] OR "controlled clinical trial"[pt] OR "multicenter study"[pt] OR
3396 "randomized controlled trial"[pt] OR "Clinical Trials as Topic"[mesh:noexp] OR "clinical trials, phase i as
3397 topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase ii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials,
3398 phase iii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase iv as topic"[MeSH Terms:noexp] OR
3399 "controlled clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "randomized controlled trials as topic"[MeSH
3400 Terms:noexp] OR "early termination of clinical trials"[MeSH Terms:noexp] OR "multicenter studies as
3401 topic"[MeSH Terms:noexp] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR ((randomised[TIAB] OR
3402 randomized[TIAB]) AND (trial[TIAB] OR trials[TIAB])) OR ((single[TIAB] OR double[TIAB] OR
3403 doubled[TIAB] OR triple[TIAB] OR tripled[TIAB] OR treble[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB]))
3404 OR ("4 arm"[tiab] OR "four arm"[tiab]) OR (systematic*[tiab] AND (bibliographic*[TIAB] OR
3405 literature[tiab] OR review[tiab] OR reviewed[tiab] OR reviews[tiab])) OR (comprehensive*[TIAB] AND
3406 (bibliographic*[TIAB] OR literature[tiab])) OR "cochrane database syst rev"[Journal] OR
3407 "Evidence report/technology assessment (Summary)"[journal] OR "Evidence report/technology
3408 assessment"[journal] OR "integrative literature review"[tiab] OR "integrative research review"[tiab] OR
3409 "integrative review"[tiab] OR "research synthesis"[tiab] OR "research integration"[tiab] OR cinahl[tiab]
3410 OR embase[tiab] OR medline[tiab] OR psyclit[tiab] OR (psycinfo[tiab] NOT "psycinfo database"[tiab])
3411 OR pubmed[tiab] OR scopus[tiab] OR "web of science"[tiab] OR "data synthesis"[tiab] OR meta-
3412 analys*[tiab] OR meta-analyz*[tiab] OR meta-analyt*[tiab] OR metaanalys*[tiab] OR metaanalyz*[tiab]
3413 OR metaanalyt*[tiab] OR "meta-analysis as topic"[MeSH:noexp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR
3414 ((review[tiab] AND (rationale[tiab] OR evidence[tiab])) AND review[pt]))

3415

3416 Check: AND (cramp[1au] OR adamsen[1au] OR Albrecht[1au] OR lowe[1au] OR oldervoll[1au] OR
3417 salakari[1au] OR tsianakas[1au])

3418

3419 Embase

3420 (Cancer:ti,ab OR neoplasms/de OR adenocarcinoma:ti,ab OR adenocarcinoma*:ti,ab OR
3421 adenosarcoma:ti,ab OR adenosarcoma*:ti,ab OR antineoplastic:ti,ab OR carcinoid:ti,ab OR
3422 carcinoid*:ti,ab OR carcinoma:ti,ab OR carcinoma*:ti,ab OR glioblastoma:ti,ab OR glioblastoma*:ti,ab
3423 OR glioma:ti,ab OR glioma*:ti,ab OR Hodgkin:ti,ab OR Hodgkin*:ti,ab OR leukaemia:ti,ab OR
3424 leukaemi*:ti,ab OR leukemia:ti,ab OR leukemi*:ti,ab OR lymphoma:ti,ab OR lymphoma*:ti,ab OR
3425 malignan*:ti,ab OR melanoma:ti,ab OR melanoma*:ti,ab OR metastasis:ti,ab OR metastatic:ti,ab OR
3426 myelodysplas*:ti,ab OR myeloma:ti,ab OR myeloma*:ti,ab OR neoplasia:ti,ab OR neoplasia*:ti,ab OR
3427 neoplasm:ti,ab OR neoplasm*:ti,ab OR nonseminoma*:ti,ab OR oncology:ti,ab OR osteosarcoma:ti,ab
3428 OR osteosarcoma*:ti,ab OR sarcoma:ti,ab OR sarcoma*:ti,ab OR seminoma*:ti,ab OR teratoma*:ti,ab
3429 OR tumor:ti,ab OR tumour:ti,ab OR tumour*:ti,ab OR waldenstrom*:ti,ab) AND (("Palliative Care"/de OR
3430 "Palliative Medicine"/de OR "Terminal Care"/de OR "Hospice Care"/de OR Palliat*:ti,ab OR
3431 palliative:ti,ab OR "palliative care":ti,ab OR palliation:ti,ab OR palliate:ti,ab OR palliating:ti,ab OR
3432 hospice:ti,ab OR "hospice care":ti,ab OR "terminal care":ti,ab OR terminal:ti,ab OR terminally:ti,ab OR
3433 "end-of-life":ti,ab OR "end stage":ti,ab OR Hospices:ti,ab OR "Respite care":ti,ab) OR (fatigue:ti,ab OR
3434 fatigue/de)) AND (exercise/de OR "Exercise Therapy"/de OR rehabilitation OR Sports/de OR "Physical
3435 Fitness"/de OR "Physical Education and training"/de OR "aerobe physical activity":ti,ab OR "Health-
3436 enhancing physical activity" :ti,ab OR "Muscle-strengthening activity" :ti,ab OR ((walking:ti,ab OR
3437 running:ti,ab OR physical:ti,ab) AND (training:ti,ab OR activity:ti,ab OR exercise:ti,ab OR Exertion:ti,ab
3438 OR intervention:ti,ab))) AND ("Clinical Trials as Topic"/de OR "clinical trials, phase i as topic"/de OR
3439 "clinical trials, phase ii as topic"/de OR "clinical trials, phase iii as topic"/de OR "clinical trials, phase iv
3440 as topic"/de OR "controlled clinical trials as topic"/de OR "randomized controlled trials as topic"/de OR
3441 "early termination of clinical trials"/de OR "multicenter studies as topic"/de OR "Double-Blind Method"/de
3442 OR ((randomised:ti,ab OR randomized:ti,ab) AND (trial:ti,ab OR trials:ti,ab)) OR ((single:ti,ab OR
3443 double:ti,ab OR doubled:ti,ab OR triple:ti,ab OR tripled:ti,ab OR treble:ti,ab) AND (blind*:ti,ab OR
3444 mask*:ti,ab)) OR ("4 arm":ti,ab OR "four arm":ti,ab) OR (systematic*:ti,ab AND (bibliographic*:ti,ab OR
3445 literature:ti,ab OR review:ti,ab OR reviewed:ti,ab OR reviews:ti,ab)) OR (comprehensive*:ti,ab AND
3446 (bibliographic*:ti,ab OR literature:ti,ab)) OR "cochrane database syst rev":jn OR
3447 "Evidence report/technology assessment (Summary)":jn OR "Evidence report/technology
3448 assessment":jn OR "integrative literature review":ti,ab OR "integrative research review":ti,ab OR
3449 "integrative review":ti,ab OR "research synthesis":ti,ab OR "research integration":ti,ab OR cinahl:ti,ab
3450 OR embase:ti,ab OR medline:ti,ab OR psyclit:ti,ab OR (psycinfo:ti,ab NOT "psycinfo database":ti,ab)
3451 OR pubmed:ti,ab OR scopus:ti,ab OR "web of science":ti,ab OR "data synthesis":ti,ab OR meta-
3452 analys*:ti,ab OR meta-analyz*:ti,ab OR meta-analyt*:ti,ab OR metaanalys*:ti,ab OR metaanalyz*:ti,ab
3453 OR metaanalyt*:ti,ab OR "meta-analysis as topic"/de OR ((review:ti,ab AND (rationale:ti,ab OR
3454 evidence:ti,ab))))

3455

3456 CINAHL

3457 (TI Cancer OR AB Cancer OR MH neoplasms OR TI adenocarcinoma OR AB adenocarcinoma OR TI
3458 adenocarcinoma* OR AB adenocarcinoma* OR TI adenosarcoma OR AB adenosarcoma OR TI
3459 adenosarcoma* OR AB adenosarcoma* OR TI antineoplastic OR AB antineoplastic OR TI carcinoid OR
3460 AB carcinoid OR TI carcinoid* OR AB carcinoid* OR TI carcinoma OR AB carcinoma OR TI carcinoma*
3461 OR AB carcinoma* OR TI glioblastoma OR AB glioblastoma OR TI glioblastoma* OR AB glioblastoma*
3462 OR TI glioma OR AB glioma OR TI glioma* OR AB glioma* OR TI Hodgkin OR AB Hodgkin OR TI
3463 Hodgkin* OR AB Hodgkin* OR TI leukaemia OR AB leukaemia OR TI leukaemi* OR AB leukaemi* OR
3464 TI leukemia OR AB leukemia OR TI leukemi* OR AB leukemi* OR TI lymphoma OR AB lymphoma OR
3465 TI lymphoma* OR AB lymphoma* OR TI malignan* OR AB malignan* OR TI melanoma OR AB
3466 melanoma OR TI melanoma* OR AB melanoma* OR TI metastasis OR AB metastasis OR TI metastatic
3467 OR AB metastatic OR TI myelodysplas* OR AB myelodysplas* OR TI myeloma OR AB myeloma OR TI

3468 myeloma* OR AB myeloma* OR TI neoplasia OR AB neoplasia OR TI neoplasia* OR AB neoplasia* OR
 3469 TI neoplasm OR AB neoplasm OR TI neoplasm* OR AB neoplasm* OR TI nonseminoma* OR AB
 3470 nonseminoma* OR TI oncology OR AB oncology OR TI osteosarcoma OR AB osteosarcoma OR TI
 3471 osteosarcoma* OR AB osteosarcoma* OR TI sarcoma OR AB sarcoma OR TI sarcoma* OR AB
 3472 sarcoma* OR TI seminoma* OR AB seminoma* OR TI teratoma* OR AB teratoma* OR TI tumor OR
 3473 AB*) tumor OR TI tumour OR AB tumour OR TI tumour* OR AB tumour* OR TI waldenstrom* OR AB
 3474 waldenstrom AND ((MH "Palliative Care" OR MH "Palliative Medicine" OR MH "Terminal Care" OR MH
 3475 "Hospice Care" OR TI Palliat* OR AB Palliat* OR TI palliative OR AB palliative OR TI "palliative care"
 3476 OR AB "palliative care" OR TI palliation OR AB palliation OR TI palliate OR AB palliate OR TI palliating
 3477 OR AB palliating OR TI hospice OR AB hospice OR TI "hospice care" OR AB "hospice care" OR TI
 3478 "terminal care" OR AB "terminal care" OR TI terminal OR AB terminal OR TI terminally OR AB terminally
 3479 OR TI "end-of-life" OR AB "end-of-life" OR TI "end stage" OR AB "end stage" OR TI Hospices OR AB
 3480 Hospices OR TI "Respite care" OR AB "Respite care") OR (TI fatigue OR AB fatigue OR MH fatigue))
 3481 AND (MH exercise OR MH "Exercise Therapy" OR MH rehabilitation OR MH Sports OR MH "Physical
 3482 Fitness" OR MH "Physical Education and training" OR TI "aerobe physical activity" OR AB "aerobe
 3483 physical activity" OR TI "Health-enhancing physical activity" OR AB "Health-enhancing physical activity"
 3484 OR TI "Muscle-strengthening activity" OR AB "Muscle-strengthening activity" OR ((TI walking OR AB
 3485 walking OR TI running OR AB running OR TI physical OR AB physical) AND (TI training OR AB training
 3486 OR TI activity OR AB activity OR TI exercise OR AB exercise OR TI Exertion OR AB Exertion OR TI
 3487 intervention OR AB intervention))) AND (PT "Clinical Trial" OR MH "Clinical Trials as Topic" OR MH
 3488 "clinical trials, phase i as topic" OR MH "clinical trials, phase ii as topic" OR MH "clinical trials, phase iii
 3489 as topic" OR MH "clinical trials, phase iv as topic" OR MH "controlled clinical trials as topic" OR MH
 3490 "randomized controlled trials as topic" OR MH "early termination of clinical trials" OR MH "multicenter
 3491 studies as topic" OR MH "Double-Blind Method" ((TI randomised OR AB randomised OR TI randomized
 3492 OR AB randomized) AND (TI trial OR AB trial OR TI trials OR AB trials)) OR ((TI single OR AB single
 3493 OR TI double OR AB double OR TI doubled OR AB doubled OR TI triple OR AB triple OR TI tripled OR
 3494 AB tripled OR TI treble OR AB treble) AND (TI blind* OR AB blind* OR TI mask* OR AB mask*)) OR TI
 3495 "4 arm" OR AB "4 arm" OR TI "four arm" OR AB "four arm" OR ((TI systematic* OR AB systematic*)
 3496 AND (TI bibliographic* OR AB bibliographic* OR TI literature OR AB literature OR TI review OR AB
 3497 review OR TI reviewed OR AB reviewed OR TI reviews OR AB reviews)) OR ((TI comprehensive* OR
 3498 AB comprehensive*) AND (TI bibliographic* OR AB bibliographic* OR TI literature OR AB literature))
 3499 OR "cochrane database syst rev" OR "Evidence report/technology assessment" OR TI "integrative
 3500 literature review" OR AB "integrative literature review" OR TI "integrative research review" OR AB
 3501 "integrative research review" OR TI "integrative review" OR AB "integrative review" OR TI "research
 3502 synthesis" OR AB "research synthesis" OR TI "research integration" OR AB "research integration" OR
 3503 AB cinahl OR AB embase OR AB medline OR AB psyclit OR AB psycinfo OR AB pubmed OR AB
 3504 scopus OR AB "web of science" OR TI "data synthesis" OR AB "data synthesis" OR TI meta-analys* OR
 3505 AB meta-analys* OR TI meta-analyz* OR AB meta-analyz* OR TI meta-analyt* OR AB meta-analyt* OR
 3506 TI metaanalys* OR AB metaanalys* OR TI metaanalyz* OR AB metaanalyz* OR TI metaanalyt* OR AB
 3507 metaanalyt* OR MH "meta-analysis as topic" OR ((TI review OR AB review) AND (TI rationale OR AB
 3508 rationale OR TI evidence OR AB evidence)))

3509

PsycInfo (OVID)

3511 (Cancer OR neoplasms.mh. OR adenocarcinoma OR adenocarcinoma* OR adenosarcoma OR
 3512 adenosarcoma* OR antineoplastic OR carcinoid OR carcinoid* OR carcinoma OR carcinoma* OR
 3513 glioblastoma OR glioblastoma* OR glioma OR glioma* OR Hodgkin OR Hodgkin* OR leukaemia OR
 3514 leukaemi* OR leukemia OR leukemi* OR lymphoma OR lymphoma* OR malignan* OR melanoma OR
 3515 melanoma* OR metastasis OR metastatic OR myelodysplas* OR myeloma OR myeloma* OR neoplasia
 3516 OR neoplasia* OR neoplasm OR neoplasm* OR nonseminoma* OR oncology OR osteosarcoma OR
 3517 osteosarcoma* OR sarcoma OR sarcoma* OR seminoma* OR teratoma* OR tumor OR tumour OR
 3518 tumour* OR waldenstrom*) AND (Palliative Care.mh. OR Palliative Medicine.mh. OR Terminal Care.mh.
 3519 OR Hospice Care.mh. OR Palliat* OR palliative OR palliative care OR palliation OR palliate OR
 3520 palliating OR hospice OR hospice care OR terminal care OR terminal OR terminally OR end-of-life OR

3521 end stage OR Hospices OR Respite care OR fatigue OR fatigue.mh.) AND (exercise.mh. OR Exercise
3522 Therapy.mh. OR rehabilitation.mh. OR Sports.mh. OR Physical Fitness.mh. OR (Physical Education
3523 and training.mh.) OR aerobe physical activity OR Health-enhancing physical activity OR Muscle-
3524 strengthening activity OR ((walking OR running OR physical) AND (training OR activity OR exercise OR
3525 Exertion OR intervention))) AND (clinical trials, phase i as topic.mh. OR Clinical Trial.mh. OR Clinical
3526 Trials as Topic.mh. OR clinical trials, phase ii as topic.mh. OR clinical trials, phase iii as topic.mh. OR
3527 clinical trials, phase iv as topic.mh. OR controlled clinical trials as topic.mh. OR randomized controlled
3528 trials as topic.mh. OR early termination of clinical trials.mh. OR multicenter studies as topic.mh. OR
3529 Double-Blind Method.mh. OR ((randomised.ti. OR randomized.ti.) AND (trial.ti. OR trials.ti.)) OR
3530 ((randomised.ab. OR randomized.ab.) AND (trial.ab. OR trials.ab.)) OR ((single.ab. OR double.ab. OR
3531 doubled.ab. OR triple.ab. OR tripled.ab. OR treble.ab.) AND (blind*.ab. OR mask*.ab.)) OR ((single.ab.
3532 OR double.ab. OR doubled.ab. OR triple.ab. OR tripled.ab. OR treble.ab.) AND (blind*.ab. OR
3533 mask*.ab.)) OR 4 arm.ti. OR four arm.ti. OR 4 arm.ti. OR four arm.ti. OR (systematic.ti. AND
3534 (bibliographic*.ti. OR literature.ti. OR review.ti OR reviewed.ti OR reviews.ti.)) OR (systematic.ab. AND
3535 (bibliographic*.ab. OR literature.ab. OR review.ab. OR reviewed.ab. OR reviews.ab.)) OR
3536 (comprehensive*.ti. AND (bibliographic*.ti. OR literature.ti.)) OR (comprehensive*.ab. AND
3537 (bibliographic*.ab. OR literature.ab.)) OR cochrane database syst rev.jn. OR Evidence reporttechnology
3538 assessment.jn. OR integrative literature review.ti OR integrative literature review.ab. OR integrative
3539 research review.ti. OR integrative research review.ab. OR integrative review.ti. OR integrative
3540 review.ab. OR research synthesis.ti OR research synthesis.ab. OR research integration.ti. OR research
3541 integration.ab. OR cinahl.ab. OR Embase.ab. OR medline.ab. OR psyclit.ab. OR psycinfo.ab. OR
3542 pubmed.ab. OR scopus.ab. OR web of science.ab. OR data synthesis.ti. OR data synthesis.ab. OR
3543 meta-analys*.ti OR meta-analys*.ab. OR meta-analyz*.ti. OR meta-analyz*.ab. OR meta-analyt*.ti. OR
3544 meta-analyt*.ab. OR metaanalys*.ti. OR metaanalys*.ab. OR metaanalyz*.ti. OR metaanalyz*.ab. OR
3545 metaanalyt*.ti. OR metaanalyt*.ab. OR meta-analysis as topic.mh. OR (review.ti AND (rationale.ti. OR
3546 evidence.ti)) OR (review.ab. AND (rationale.ab. OR evidence.ab.)))

3547

3548 Cochrane

3549 ((Cancer OR neoplasms OR adenocarcinoma OR adenocarcinoma* OR adenosarcoma OR
3550 adenosarcoma* OR aneoplasc OR carcinoid OR carcinoid* OR carcinoma OR carcinoma* OR
3551 glioblastoma OR glioblastoma* OR glioma OR glioma* OR Hodgkin OR Hodgkin* OR leukaemia OR
3552 leukaemi* OR leukemia OR leukemi* OR lymphoma OR lymphoma* OR malignan* OR melanoma OR
3553 melanoma* OR metastasis OR metastac OR myelodysplas* OR myeloma OR myeloma* OR neoplasia
3554 OR neoplasia* OR neoplasm OR neoplasm* OR nonseminoma* OR oncology OR osteosarcoma OR
3555 osteosarcoma* OR sarcoma OR sarcoma* OR seminoma* OR teratoma* OR tumor OR tumour OR
3556 tumour* OR waldenstrom*):ti,ab,kw) AND (("Palliative Care" OR "Palliative Medicine" OR "Terminal
3557 Care" OR "Hospice Care" OR Palliat* OR palliative OR "palliative care" OR palliation OR palliate OR
3558 palliate OR palliating OR hospice OR "hospice care" OR "terminal care" OR terminal OR terminally OR
3559 "end-of-life" OR "end stage" OR Hospices OR "Respite care") OR (fatigue OR fatigue)):ti,ab,kw) AND
3560 (exercise OR "Exercise Therapy" OR rehabilitation OR Sports OR "Physical Fitness" OR "Physical
3561 Education and training" OR "aerobe physical activity" OR "Health-enhancing physical activity" OR
3562 "Muscle-strengthening activity" OR ((walking OR running OR physical) AND (training OR activity OR
3563 exercise OR Exertion OR intervention)):ti,ab,kw)

3564

3565 CINAHL

3566

3567 Datum: 23 aug 2017

3568

3569 1. (TI Cancer OR AB Cancer OR MH neoplasms OR TI adenocarcinoma OR AB adenocarcinoma OR
3570 TI adenocarcinoma* OR AB adenocarcinoma* OR TI adenosarcoma OR AB adenosarcoma OR TI
3571 adenosarcoma* OR AB adenosarcoma* OR TI antineoplastic OR AB antineoplastic OR TI carcinoid OR
3572 AB carcinoid OR TI carcinoid* OR AB carcinoid* OR TI carcinoma OR AB carcinoma OR TI carcinoma*
3573 OR AB carcinoma* OR TI glioblastoma OR AB glioblastoma OR TI glioblastoma* OR AB glioblastoma*
3574 OR TI glioma OR AB glioma OR TI glioma* OR AB glioma* OR TI Hodgkin OR AB Hodgkin OR TI
3575 Hodgkin* OR AB Hodgkin* OR TI leukaemia OR AB leukaemia OR TI leukaemi* OR AB leukaemi* OR
3576 TI leukemia OR AB leukemia OR TI leukemi* OR AB leukemi* OR TI lymphoma OR AB lymphoma OR
3577 TI lymphoma* OR AB lymphoma* OR TI malignan* OR AB malignan* OR TI melanoma OR AB
3578 melanoma OR TI melanoma* OR AB melanoma* OR TI metastasis OR AB metastasis OR TI metastatic
3579 OR AB metastatic OR TI myelodysplas* OR AB myelodysplas* OR TI myeloma OR AB myeloma OR TI
3580 myeloma* OR AB myeloma* OR TI neoplasia OR AB neoplasia OR TI neoplasia* OR AB neoplasia* OR
3581 TI neoplasm OR AB neoplasm OR TI neoplasm* OR AB neoplasm* OR TI nonseminoma* OR AB
3582 nonseminoma* OR TI oncology OR AB oncology OR TI osteosarcoma OR AB osteosarcoma OR TI
3583 osteosarcoma* OR AB osteosarcoma* OR TI sarcoma OR AB sarcoma OR TI sarcoma* OR AB
3584 sarcoma* OR TI seminoma* OR AB seminoma* OR TI teratoma* OR AB teratoma* OR TI tumor OR AB
3585 tumor OR TI tumour OR AB tumour OR TI tumour* OR AB tumour* OR TI waldenstrom* OR AB
3586 waldenstrom*) 248,300

3587

3588 2. ((MH "Palliative Care" OR MH "Palliative Medicine" OR MH "Terminal Care" OR MH "Hospice Care"
3589 OR TI Palliat* OR AB Palliat* OR TI palliative OR AB palliative OR TI "palliative care" OR AB "palliative
3590 care" OR TI palliation OR AB palliation OR TI palliate OR AB palliate OR TI palliating OR AB palliating
3591 OR TI hospice OR AB hospice OR TI "hospice care" OR AB "hospice care" OR TI "terminal care" OR
3592 AB "terminal care" OR TI terminal OR AB terminal OR TI terminally OR AB terminally OR TI "end-of-life"
3593 OR AB "end-of-life" OR TI "end stage" OR AB "end stage" OR TI Hospices OR AB Hospices OR TI
3594 "Respite care" OR AB "Respite care") OR (TI fatigue OR AB fatigue OR MH fatigue)) 83,738

3595

3596 3. (MH exercise OR MH "Exercise Therapy" OR MH rehabilitation OR MH Sports OR MH "Physical
3597 Fitness" OR MH "Physical Education and training" OR TI "aerobe physical activity" OR AB "aerobe
3598 physical activity" OR TI "Health-enhancing physical activity" OR AB "Health-enhancing physical activity"
3599 OR TI "Muscle-strengthening activity" OR AB "Muscle-strengthening activity" OR ((TI walking OR AB
3600 walking OR TI running OR AB running OR TI physical OR AB physical) AND (TI training OR AB training
3601 OR TI activity OR AB activity OR TI exercise OR AB exercise OR TI Exertion OR AB Exertion OR TI
3602 intervention OR AB intervention))) 108,514

3603

3604 4. (PT "Clinical Trial" OR MH "Clinical Trials as Topic" OR MH "clinical trials, phase i as topic" OR MH
3605 "clinical trials, phase ii as topic" OR MH "clinical trials, phase iii as topic" OR MH "clinical trials, phase iv
3606 as topic" OR MH "controlled clinical trials as topic" OR MH "randomized controlled trials as topic" OR
3607 MH "early termination of clinical trials" OR MH "multicenter studies as topic" OR MH "Double-Blind
3608 Method" ((TI randomised OR AB randomised OR TI randomized OR AB randomized) AND (TI trial OR
3609 AB trial OR TI trials OR AB trials)) OR ((TI single OR AB single OR TI double OR AB double OR TI
3610 doubled OR AB doubled OR TI triple OR AB triple OR TI tripled OR AB tripled OR TI treble OR AB
3611 treble) AND (TI blind* OR AB blind* OR TI mask* OR AB mask*)) OR TI "4 arm" OR AB "4 arm" OR TI
3612 "four arm" OR AB "four arm" OR ((TI systematic* OR AB systematic*) AND (TI bibliographic* OR AB
3613 bibliographic* OR TI literature OR AB literature OR TI review OR AB review OR TI reviewed OR AB
3614 reviewed OR TI reviews OR AB reviews)) OR ((TI comprehensive* OR AB comprehensive*) AND (TI
3615 bibliographic* OR AB bibliographic* OR TI literature OR AB literature)) OR "cochrane database syst rev"
3616 OR "Evidence report/technology assessment" OR TI "integrative literature review" OR AB "integrative
3617 literature review" OR TI "integrative research review" OR AB "integrative research review" OR

3618 TI "integrative review" OR AB "integrative review" OR TI "research synthesis" OR AB "research
3619 synthesis" OR TI "research integration" OR AB "research integration" OR AB cinahl OR AB embase OR
3620 AB medline OR AB psyclit OR AB psycinfo OR AB pubmed OR AB scopus OR AB "web of science" OR
3621 TI "data synthesis" OR AB "data synthesis" OR TI meta-analys* OR AB meta-analys* OR TI meta-
3622 analyz* OR AB meta-analyz* OR TI meta-analyt* OR AB meta-analyt* OR TI metaanalys* OR AB
3623 metaanalys* OR TI metaanalyz* OR AB metaanalyz* OR TI metaanalyt* OR AB metaanalyt* OR MH
3624 "meta-analysis as topic" OR ((TI review OR AB review) AND (TI rationale OR AB rationale OR TI
3625 evidence OR AB evidence))) 128
3626
3627 5. 1 AND 2 AND 3 AND 4 0
3628 6. 1 AND 2 AND 3 1,152
3629 6. 1 AND 2 AND 3 AND Limiters - Publication Type: Clinical Trial, Meta Analysis, Randomized
3630 Controlled Trial, Review, Systematic Review 278

3631 **Bijlage 9 Evidence tabellen**

3632

3633 Evidence tabellen behorende bij de oorspronkelijke uitgangsvragen die in deze richtlijn via de GRADE methodiek zijn uitgewerkt.

3634

3635 **Uitgangsvraag 1: Psycho-educatie**

3636 *Wat zijn de effecten van psycho-educatie in vergelijking met geen psycho-educatie op vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?*

3637

3638

3639 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase

3640 **Interventie** Psycho-educatie, psycho-education, nursing intervention, energy conservation

3641 **Comparator** Geen psycho-educatie, geen niet-nursing interventie met potentieel effect op de outcome measurements, geen energy conservation

3642 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, (fysiek) functioneren

3643

3644 **Systematic reviews**

I Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
First author Journal Publication year	Specify the type of study Trial number Specify the source of funding	Inclusion criteria Exclusion criteria Age	including dose, length, regimen and timing if relevant Duration of	Functioning Fatigue Quality of life	Brief description of secondary outcome(s) and p values. including adverse effects, toxicity	Classification of intervention studies. Number of dropouts/withdrawals in each group

	presence of declaration of interest. Number of centers Countries Setting Randomized Inclusion dates	Gender (M:F) Tumor Stage Palliative stage p for group comparability.	intervention	Participation Other (primary as defined in the study)		Cochrane Score
Chan Journal of Pain and Symptom Management 2011	Design: RCT Funding: government Hong Kong Health Service Research Fund. Number of centers: 1 Country: Hong-Kong Setting: Outpatient Radiotherapy unit n=140 Inclusion dates: NR	Eligibility criteria: Age 16 years or older; Stage 3 or 4 lung cancer; scheduled to receive palliative RT of an average of 4.3 Gy/fraction; the ability to communicate in Chinese; signed informed consent; an Abbreviated Mental Test score of 8 or above indicating normal cognitive ability; Karnofsky Performance Status score of 60% or above Excluded: known psychiatric morbidity	Intervention: A 40-minute educational package plus coaching of Progressive muscle relaxation (PMR) was delivered to patients within one week prior to the beginning of the course of RT, and reinforced three weeks after commencing RT. The education package consisted of leaflets and discussion on the selected symptoms and their self-care	Fatigue showed a significant difference ($p=0.011$) in the pattern of change between baseline and 6 weeks favouring intervention (time x group effect), with a small effect size (partial eta squared 0.033). Breathlessness showed a significant difference ($p=0.002$) in the pattern of change between baseline and 6 weeks favouring intervention (time x group effect), with small effect size (partial eta squared 0.04). Anxiety showed a		RCT Dropout at three months: Ex: 11%, C: 43% (all due to death) Cochrane score 3/7 downgraded for blinding, unclear allocation concealment, incomplete outcomes

		<p>and/or involvement in other clinical trials.</p> <p>Mean age: NR</p> <p>M:F: NR</p> <p>Tumor types: lung cancer</p> <p>Tumor stages: III/IV</p> <p>Palliative stage: Disease directed treatment</p> <p>No information about group comparability</p>	<p>management</p> <p>4 weeks</p> <p>Control: Usual care</p>	<p>significant difference ($p=0.001$) in the pattern of change between baseline and 6 weeks favouring intervention (time x group effect), with small effect size (partial eta-squared 0.051)</p>		
--	--	--	---	---	--	--

3645

3646
3647
3648
3649
3650
3651
3652
3653
3654
3655

Uitgangsvraag 2: Corticosteroiden

Wat is het effect van corticosteroiden (dexamethason, predniso(lo)n, methylprednisolon) op vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren ten opzichte van placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

Patiënten Patiënten met vermoeidheid en kanker in de palliatieve fase
Interventie Corticosteroiden, dexamethason, predniso(lo)n methylprednisolon
Comparator Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling
Outcome Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren

Systematic reviews

I Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
Mücke Cochrane Database of Systematic Reviews 2015	Design: Cochrane review Funding: None Databases: Medline, EMBASE, CINAHL, Cochrane register of controlled trials, conference proceedings. Study designs: RCT Setting: Palliative care N included studies: 45	Eligibility criteria: RCT; full reports; fatigue; palliative care; focus on pharmacological treatment (psychostimulants (amphetamines, modafinil, armodafinil, methylphenidate, pemoline), amantadine, corticosteroids (dexamethasone, prednisone, methylprednisolone),	Intervention: Dexamethasone 4 mg; Medroxyprogesterone 500mg twice daily; Methylprednisolone 125 mg/day, 8 weeks Other interventions in the review: psychostimulants (amphetamines, modafinil, armodafinil, methylphenidate, pemoline), amantadine, corticosteroids	One study showed that dexamethasone was significantly superior for fatigue to placebo. No significant difference in the improvement of individual symptoms on the ESAS, psychological distress, HADS or HADS depression scores. Methylprednisolone (125 mg/day for eight weeks) was used with significant		Systematic review Dropouts: NR Amstar score: 11/11

	<p>(18 studies on cancer; dexamethasone 1 study, methylprednisolon 1 study, medroxyprogesteron 1 study) Search date: April 2014</p>	<p>donepezil, antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs; paroxetine), acetylsalicylic acid, megestrol acetate, alfacalcidol and acetyl-L-carnitine.); primary outcome had to be fatigue (or related terms such as asthenia); diseases requiring palliative care or diseases at an advanced, life-threatening stage. Excluded: primary target of clinical conditions such as depression or anxiety; focus on physiological deficiencies such as lack of haemoglobin, nor did we focus on drugs targeting specific cytokines; studies comparing different types of cancer-modifying treatment and the effect on prognosis and quality of life; studies which did not focus on</p>	<p>(dexamethasone, prednisone, methylprednisolone), donepezil, antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs; paroxetine), acetylsalicylic acid, megestrol acetate, alfacalcidol and acetyl-L-carnitine. Control: Placebo</p>	<p>effect in only one study of 403 participants with cancer related fatigue (Della Cuna 1989). Medroxyprogesterone was tested in only one study of 134 participants EORTC-QLQC30 questionnaire. The use of 500mg twice a day over 12 weeks showed no significant effect.</p>		
--	---	--	---	---	--	--

		pharmacological treatment; studies on fatigue related to antineoplastic treatment (e.g. chemotherapy, radiotherapy, surgical intervention). Mean age: NR M:F: NR Tumor types: all Tumor stages: advanced stage Palliative stage: NR No information about group comparability				
--	--	--	--	--	--	--

3656
3657

Primary studies

I Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
First author Journal Publication year	Specify the type of study Trial number Specify the source of funding presence of declaration of interest.	Inclusion criteria Exclusion criteria Age Gender (M:F) Tumor Stage	including dose, length, regimen and timing if relevant Duration of intervention	Functioning Fatigue Quality of life Participation Other (primary as defined in the study)	Brief description of secondary outcome(s) and p values. including adverse effects, toxicity	Classification of intervention studies. Number of dropouts/withdrawals in each group Cochrane Score

	Number of centers Countries Setting Randomized Inclusion dates	Palliative stage p for group comparability.				
Chow International Journal of Radiation Oncology 2015	Design: RCT NCT01248585 Funding: not governmental organization NCIC CTG's programmatic grant from the Canadian Cancer Society Research Institute Number of centers: 23 Country: Canada Setting: Cancer center n=298 Inclusion dates: May 2011 to Dec 2014	Eligibility criteria: Radiologically confirmed bone metastases; pain correspondingly; >=18 years; BPI pain >= 2/10; stable dose and schedule of narcotic medications prescribed; planning to receive a single 8 Gy fraction of palliative radiotherapy to one or two target volumes Excluded: haematological malignancies; concurrent use or use within 7 days of the study period of any corticosteroid medication other than topical or inhaled preparations; medical contraindications to corticosteroids such as uncontrolled diabetes, uncontrolled hypertension, or active	Intervention: Dexamethasone; 8 mg; two 4 mg tablets; oral; at least 1 h before the start of radiotherapy (day 0) and then every day for 4 days after radiotherapy (days 1–4) 5 days Control: Placebo	EORTC QLQ-C15-PAL Physical change from baseline to day 10: Ex: - 1.6 (23.4), C: -3.4 (19.0), p=0.392 EORTC QLQ-C15-PAL Fatigue, change from baseline to day 10: Ex: 5.1 (27.7), C: 4.1 (23.4), p=0.995 Pain flare on days 0–10: Ex: 39/148 (26%), C: 53/150 (35%), absolute difference 8.9% (lower 95% CI bound: 0.0, one- sided p=0.05); Pain flare on days 0–5: Ex: 29/148 (20%), C: 46/150 (31%), absolute difference 11.1% (lower 95% CI bound: 2.8, one-sided p=0.03).	Patients in the dexamethasone group had significantly reduced nausea and functional interference, and improved appetite at day 10 compared with baseline. Grade 3-5 AE: Ex: 19 (bloating 1, fatigue 2, bone pain 11, anorexia 1, hyperglycaemia 3, constipation 1), C: 24 (fatigue 3, bone pain 20, anorexia 1)	RCT Dropouts: Ex: 20 (1 death, 2 declined, 13 missing data, 4 withdrew), C: 21 (1 death, 5 declined, 9 missing data, 5 withdrawn), ITT performed Cochrane score 7/7

		<p>peptic ulcer; hypokalaemia <3.0 mmol/L; random glucose concentration of >=13.9 mmol/L ; KPS <40; plans to receive cytotoxic chemotherapy within 10 days of radiotherapy. clinical or radiological evidence of spinal cord compression, a pathological fracture, or an impending fracture needing surgical fixation; treatment with a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID), but patients treated with daily low-dose aspirin for anti-platelet therapy were eligible; received previous radiotherapy to study site or sites were also ineligible</p> <p>Median age: Ex: 68 (58.5 to 75), C: 70 (61 to 77)</p> <p>M:F: 170:128</p> <p>Tumor types: all (breast, prostate, lung, other)</p> <p>Tumor stages: Bone Metastases</p> <p>Palliative stage:</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		Symptom oriented palliation No information about group comparability				
Eguchi Palliative Support Care 2015	Design: RCT Funding: not governmental organization Epidemiological and Clinical Research Information Network (ECRIN) Number of centers: 22 Country: Finland Setting NR n=35 Inclusion dates: NR	Eligibility criteria: >18 years; advanced cancer confirmed on a histological or cytological examination; life expectancy > 4 months; no future plans for chemotherapy, radiotherapy, or surgical treatment; CRF refractory to other treatments; able to receive medications orally; being treated in a hospital; ALT level <=300 U/ ml, an aspartate aminotransferase (AST) level <=300 U/ ml, a creatinine level <=3.0 mg/ dl, and a total bilirubin level <= 3.0 mg/ dl. Excluded: severe heart disease; diabetes mellitus; active gastrointestinal ulcers; viral hepatitis; infectious disease; tuberculosis;	Intervention: Methylprednisolone 16 mg; oral; twice daily 7 days Control: Placebo	VAS fatigue, mean difference in change from baseline: -7.50 (-29.13), p=0.484; VAS fatigue, mean change from baseline to day 7: Ex: -1.56 (32.5), C: -9.06 (27.2), p=0.484 Questionnaire for Cancer Patients Treated with Anticancer Drugs (QoL-ACD): A trend toward improvement was evident in the MP group, not significantly different compared with the placebo group.	> grade 3 AE: no significant differences between the two groups: Ex: 3 (diarrhea, peripheral sensory neuropathy, and dyspnea), C: 3 (dyspnea, headache, and fever)	RCT Dropouts: C: 1 withdrawal Cochrane score 7/7

		<p>received radiotherapy or chemotherapy in the prior four weeks; surgery for cancer in the previous two weeks; history of corticosteroid allergy; administered corticosteroids in the last two weeks; required corticosteroids for other diseases; no adequate understanding of condition.</p> <p>Median age: 69 (46 to 84)</p> <p>M:F: 21:13</p> <p>Tumor types: all (lung, breast, stomach, colorectal HBP, other)</p> <p>Tumor stages: advanced stage, metastatic</p> <p>Palliative stage:</p> <p>Symptom oriented palliation</p> <p>The demographic and clinical characteristics of the two groups were not significantly different at baseline, though the number of patients with poor performance status was higher in the MP group</p>				
--	--	---	--	--	--	--

<p>Mercadante American Journal of Palliative care 2007</p>	<p>Design: RCT Funding: NR Number of centers: NR Country: Italy Setting: Palliative care unit n=76 Inclusion dates: NR</p>	<p>Eligibility criteria: Advanced cancer; age 18 to 80 years; presence of cancer pain requiring opioids; moderate to severe pain; admitted to a palliative care unit with facilities for follow-up until death. Excluded: contraindications for using corticosteroids, including severe hypertension, hyperglycemia, fluid retention, and known gastric lesions; important liver or renal involvement; cognitive impairment at referral; received corticosteroids in the previous month; or who presented with a clear indication for the use of corticosteroids other than pain; life expectancy of less than 2 weeks Mean age: Ex: 69 (64- 74), C: 67 (62-71) M:F: NR Tumor types: all Tumor stages: advanced stage</p>	<p>Intervention: Dexamethasone; Oral; 8 mg daily; along with their opioid medication as in control group Until death Control: Usual care (continued treatment with strong opioids, including morphine, fentanyl, and methadone)</p>	<p>Well-being (QoL) at 2 weeks: Ex: 4.2 (3.3 to 5.1), C: 2.7 (1.8 to 3.6), p=0.01 Pain intensity at 2 weeks: 1.9 (1.6 to 2.1), C: 2.2 (1.8 to 2.7), p=ns</p>	<p>No evident adverse effects attributed to corticosteroids were found, and no patient stopped the treatment.</p>	<p>RCT Dropouts: 10 (5 death <2 weeks, 2 protocol violation, 2 incomplete, 1 lost) Cochrane score 2/7 downgraded for randomization, allocation concealment, blinding, incomplete outcome data</p>
--	--	---	--	---	---	--

		<p>Palliative stage: Terminal phase The 2 groups were comparable in terms of gender, age, performance status, survival, primary cancer, principal mechanism of pain, and adjuvant medication</p>				
<p>Paulsen Journal of Clinical Oncology 2014</p>	<p>Design: RCT NCT00676936 Funding: public research funds, government Telemark Hospital Trust and the South-Eastern Norway Regional Health Authority. Number of centers: 5 Country: Norway Setting: palliative care units and outpatient oncology services n=50 Inclusion dates: April 2008 to January 2012</p>	<p>Eligibility criteria: Patients with cancer; age ≥ 18 years with average NRS pain ≥ 4 NRS; >4 weeks expected survival; receiving an opioid for moderate or severe cancer pain Excluded: excruciating pain, NRS ≥ 8 in last 24 hours; use of corticosteroids in the last 4 weeks; diabetes mellitus; peptic ulcer disease; concurrent medication with nonsteroidal anti-inflammatory drugs; radiotherapy or systemic cancer treatment; started <4 weeks before entering the study or</p>	<p>Intervention: Methylprednisolone 16 mg; twice daily 7 days Control: Placebo</p>	<p>Fatigue, Mean change from baseline to day 7: Ex: -16.7 (95% CI -27.0 to -6.3, C 3.3 (95% CI -4.5 to 11.1), $p=0.003$; Fatigue Baseline: Ex: 77.1 (95% CI 68.3 to 85.9), C: 67.2 (95% CI 56.3 to 78.1) $p=0.15$; Fatigue Day 7: Ex: 60.4 (95% CI 49.7 to 71.2), C: 70.5 (95% CI 61.4 to 79.6), $p=0.16$</p> <p>NRS pain intensity, mean difference in average at day 7: - 0.08 (95% CI -0.97 to 1.13), $p=0.50$; MRS pain intensity, mean average: Ex: 3.6 (95% CI 2.8 to</p>	<p>There were no differences between number of AEs (average Ex: 1.08 (95% CI 0.52 to 1.64), C: 1.55 (95% CI 0.85 to 2.24), $p=0.28$; Ex: 27 (Oral symptoms 6, restlessness 6, physic change 2, anxiety 2, edema 1, muscle weakness 1, sleeplessness 4, dyspepsia 4, other 2), C: 34 (Oral symptoms 7, restlessness 3, physic change 3, anxiety 3, edema 5, muscle weakness 3, sleeplessness 3, dyspepsia 3, other 3)</p>	<p>RCT Dropouts: Ex: 1 (discontinued), C: 2 (not allocated, discontinued) Cochrane score 7/7</p>

		<p>planned to start within the study period; spinal cord compression or need of bone surgery; severe cognitive impairment</p> <p>Mean age: Ex: 62.5 (95% CI 59.0 to 65.9), C: 66.0 (95% CI 60.8 to 71.2)</p> <p>M:F: 25:24</p> <p>Tumor types: all (breast, prostate, GI, Lung, Gyneacologic, other), with metastases</p> <p>Tumor stages: advanced stage; metastatic</p> <p>Palliative stage: NR</p> <p>The two treatment groups had some minor differences in characteristics at baseline, these were corrected for in the data analyses.</p>		<p>4.4), C: 3.7 (95% CI 3.0 to 4.4), p=088; NRS pain intensity, mean difference in average change from baseline at day 7: Ex: -0.48 (95% CI -1.43 to 0.47), Ex: -1.16 (95% CI -1.96 to -0.35), C: -0.68 (95% CI, -1.28 to -0.08), p=0.50; NRS pain intensity, corrected mean difference in average change from baseline at day 7: -0.33 (95% CI, -1.33 to 0.67).</p>		
--	--	---	--	--	--	--

3658

3659 **Uitgangsvraag 3: Psychostimulantia**
 3660 Wat is het effect van psychostimulantia op vermoeidheid, kwaliteit van leven en functioneren ten opzichte van placebo, geen behandeling of andere
 3661 (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

3662 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase
 3663 **Interventie** Psychostimulantia, methylfenidaat, dexamfetamine, modafinil
 3664 **Comparator** Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling
 3665 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren.

3666
 3667

Systematic reviews

I Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
First author Journal Publication year	Specify the type of study Registration number Specify the source of funding presence of	Inclusion criteria Exclusion criteria Age Gender (M:F)	including dose, length, regimen and timing if relevant	Functioning Fatigue Quality of life Participation Other (primary as defined)	Brief description of secondary outcome(s) and p values. including adverse effects, toxicity	Amstar score

	<p>declaration of interest.</p> <p>Databases</p> <p>Study designs</p> <p>Setting</p> <p>Search date</p>	<p>Tumor</p> <p>Stage</p> <p>Palliative stage</p>		<p>in the study)</p>		
<p>Mücke</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p>2015</p>	<p>Design: Cochrane review</p> <p>Funding: None</p> <p>Databases: Medline, EMBASE, CINAHL, Cochrane register of controlled trials, conference proceedings.</p> <p>Study designs: RCT</p> <p>Setting: Palliative care</p> <p>N included studies: 45 (18 studies on cancer, 5 for methylphenidate in palliative cancer, 2 available for meta-analysis)</p>	<p>Eligibility criteria: RCT; full reports; fatigue; palliative care; focus on pharmacological treatment (psychostimulants (amphetamines, modafinil, armodafinil, methylphenidate, pemoline), amantadine, corticosteroids (dexamethasone, prednisone, methylprednisolone), donepezil, antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs; paroxetine), acetylsalicylic acid, megestrol acetate, alfacalcidol and acetyl-L-carnitine.); primary outcome had to be fatigue (or related terms such as asthenia); diseases requiring palliative care or diseases at an advanced, life-threatening stage.</p> <p>Excluded: primary target of clinical conditions such as depression or anxiety; focus on physiological deficiencies such as lack of</p>	<p>Intervention: Methylphenidate, Modafinil 100 to 200 mg/day</p> <p>Other interventions in the review: psychostimulants (amphetamines, modafinil, armodafinil, methylphenidate, pemoline), amantadine, corticosteroids (dexamethasone, prednisone, methylprednisolone), donepezil, antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs; paroxetine), acetylsalicylic acid, megestrol acetate, alfacalcidol and acetyl-L-carnitine.</p> <p>Control: Placebo</p>	<p>Meta-analysis of 2 studies showed slightly superior effect of methylphenidate compared to placebo: standardised mean difference (SMD) 0.49, 95% CI 0.15 to 0.83. 2 of 3 other studies using other fatigue outcomes showed a significant difference. Modafinil 2 studies of 704 patients with cancer. One showed a significant interaction between treatment condition (modafinil 200mg/day) and baseline fatigue, where patients with severe baseline fatigue benefited from modafinil and patients with mild or moderate fatigue did not. A recent study</p>		<p>Systematic review</p> <p>Dropouts: NR</p> <p>Amstar score: 11/11</p>

	<p>Search date: April 2014</p>	<p>haemoglobin, nor did we focus on drugs targeting specific cytokines; studies comparing different types of cancer-modifying treatment and the effect on prognosis and quality of life; studies which did not focus on pharmacological treatment; studies on fatigue related to antineoplastic treatment (e.g. chemotherapy, radiotherapy, surgical intervention).</p> <p>Mean age: NR</p> <p>M:F: NR</p> <p>Tumor types: all</p> <p>Tumor stages: advanced stage</p> <p>Palliative stage: NR</p> <p>No information about group comparability</p>		<p>demonstrated that both modafinil (100 to 200 mg/day) and placebo led to a clinically significant improvement in FACIT-F scores (Spathis 2014). However, there was no significant difference between placebo and modafinil.</p>		
--	--------------------------------	--	--	---	--	--

3668

3669

3670 **Primary studies**

I Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
First author Journal Publication year	Specify the type of study Trial number Specify the source of funding presence of declaration of interest. Number of centers Countries Setting Randomized Inclusion dates	Inclusion criteria Exclusion criteria Age Gender (M:F) Tumor Stage Palliative stage p for group comparability.	including dose, length, regimen and timing if relevant Duration of intervention	Functioning Fatigue Quality of life Participation Other (primary as defined in the study)	Brief description of secondary outcome(s) and p values. including adverse effects, toxicity	Classification of intervention studies. Number of dropouts/withdrawals in each group Cochrane Score
Bruera	Design: RCT	Eligibility criteria: advanced cancer; ESAS fatigue score of 4;	Intervention: Methylphenidate 5-	FACIT-F, median changes at day 8 from	HADS anxiety, median differences in	RCT

<p>Journal of Clinical Oncology</p> <p>2013</p>	<p>Funding: Government</p> <p>National Institutes of Health National Institute of Nursing Research</p> <p>Number of centers: 2</p> <p>Country: US</p> <p>Setting: Outpatient palliative care clinics</p> <p>n=190</p> <p>Inclusion dates: NR</p>	<p>MMSE normal score (24 of 30); hemoglobin level of 8 g/dL within 2 weeks of enrollment</p> <p>Excluded: history of tachycardia, arrhythmia, uncontrolled hypertension, glaucoma, severe anxiety disorders, major depression, or substance abuse; no current treatment with monoamine oxidase inhibitors, tricyclic antidepressants, clonidine, warfarin, or erythropoietin; pregnant and lactating women</p> <p>Median age: 57.5 (25 to 84)</p> <p>M:F: 62:128</p> <p>Tumor types: Gastrointestinal, Lung, Breast, Genitourinary, Melanoma, Hematologic, other</p> <p>Tumor stages: advanced stage, at palliative care unit</p> <p>Palliative stage: Symptom oriented palliation</p> <p>No significant differences on baseline characteristics between both groups were found</p>	<p>mg; orally; up to 4 times daily; Nested allocation to NTI or CTI phone calls four to six times; 2 weeks</p> <p>14 days</p> <p>Control: Placebo; orally; every 2 hours; up to 4 times daily; Nested allocation to NTI or CTI phone calls four to six times; 2 weeks</p>	<p>baseline: Methylfenidaat: 6.0 IQR 0 to 16.0, Placebo: 7.0, IQR, 0.5 to 12.0,p=0 .87; FACIT-F, median changes at day 15 from baseline: Methylphenidate: 5.5 IQR -1.0 to 11.0, Placebo: 6.0, IQR, 2.0 to 11.0 ,p=0 .69; ESAS- Fatigue, median changes at day 8 from baseline: Methylphenidate: -2.0 IQR -3.0 to 0, Placebo: - 2.0, IQR, 0-3 to 0,p=0 .98; ESAS-Fatigue, median changes at day 15 from baseline: Methylphenidate: -2.0 IQR -4.0 to 0, Placebo: - 2.0, IQR, -5.0 to 0 ,p=0 .86</p>	<p>changes: Methylphenidate: 0.5 IQR -3 to 1, Placebo: -1, IQR, -3 to 1,p=0 .32; HADS depression, median differences in changes: Methylphenidate: 0 IQR -1 to 2, Placebo: -1, IQR, -2.5 to 1,p=0 .08; PSQI, median differences in changes: Methylphenidate: 0 IQR -3 to 1, Placebo: -2, IQR -3 to 1,p=0 .31</p> <p>The difference in the number of grade 3 adverse events between the MP and PL groups was not statistically significant (40 of 93 patients v 29 of 97 patients, respectively; P .06).</p>	<p>Dropouts: Ex: 23, C: 24</p> <p>Cochrane score 4/7 (downgraded due to unclear randomization and incomplete outcome assessment)</p>
---	--	--	---	---	--	--

<p>Butler Brain 2007</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Funding: healthcare industry or other (give name of organization or corporation)</p> <p>National Cancer Institute/Division of Cancer Prevention CCOP Research Base Grant 1 U10CA81851 and Celgene Corporation.</p> <p>Number of centers: 4</p> <p>Country: US</p> <p>Setting: Cancer center, University medical center</p> <p>n=68</p> <p>Inclusion dates: NR</p>	<p>Eligibility criteria: Aged ≥ 18 years, metastatic brain tumor (histologic confirmation of primary or metastatic cancer), or histologically confirmed primary brain tumor (glioblastoma multiforme, anaplastic astrocytoma, anaplastic oligodendroglioma, anaplastic mixed oligoastrocytoma, low-grade glioma, meningioma, or ependymoma); Karnofsky Performance Scale (KPS) ≥ 70; life expectancy ≥ 3 months; hemoglobin ≥ 10.0, white blood cell count $\geq 1,500$, and platelets $\geq 75,000$; and planned brain RT (partial or whole brain) ≥ 2500 cGy. Patients may have had previous chemotherapy and/or irradiation to sites other than the brain and were allowed to receive chemotherapy concomitantly with the brain irradiation.</p> <p>Excluded: Serious medical or psychiatric illness that would prevent informed consent, completion of protocol therapy, or completion of QOL questionnaires; history of hypersensitivity to d,l-methylphenidate or d-MPH</p>	<p>Intervention: d-MPH 5-mg tablets</p> <p>During RT + 8 weeks</p> <p>Control: Matched placebo</p>	<p>FACIT-F fatigue subscale score baseline, the mean (SE) Ex: 34.7 (1.4), C: 33.3 (2.4) ($p=0.61$); 8 weeks post-RT, the least squares estimated means (SEs) adjusted for patient characteristics, Ex: 33.7 (2.3) C: 35.6 (2.5), ($p=0.64$); Effect 8 weeks post RT -1.9 (95% CI -9.6 to 5.8).</p> <p>No differences in overall QOL measured by the FACT, brain QOL measured by the subscale score, depression measured by the CESD, and global cognition assessed by the MMSE differed significantly by treatment arm at 8 weeks posttreatment or across the entire follow-up period.</p>	<p>NR</p>	<p>RCT</p> <p>Dropouts: NR</p> <p>Cochrane score 5/7 downgraded for allocation concealment, incomplete outcome assessment</p>
----------------------------------	---	---	--	---	-----------	---

		<p>(Ritalin or generic equivalent); patients with a history of steroid psychosis; patients with a history of or who were currently taking medications for attention-deficit disorder, anxiety disorder, schizophrenia, or substance abuse; patients taking antidepressants for any reason; patients with a family history of or active Tourette's syndrome; patients with history of or active glaucoma; patients who have received prior brain RT, including stereotactic radiosurgery; patients undergoing craniospinal axis irradiation; patients with hypertension or other cardiovascular disease requiring antihypertensives or other cardiovascular medications; and patients who are pregnant or breast-feeding.</p> <p>Median age: 57.5 (25 to 84)</p> <p>M:F: Ex: 20:14, C: 17:17</p> <p>Tumor types: Brain tumor (metastatic brain tumor (histologic confirmation of primary or metastatic cancer), or histologically confirmed primary</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		<p>brain tumor (glioblastoma multiforme, anaplastic astrocytoma, anaplastic oligodendroglioma, anaplastic mixed oligoastrocytoma, low-grade glioma, meningioma, or ependymoma);)</p> <p>Tumor stages: NR</p> <p>Palliative stage: NR</p> <p>Patient characteristics are similar for the two groups.</p>				
<p>Hovey</p> <p>Support Care Cancer</p> <p>2014</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Funding: healthcare industry or other (give name of organization or corporation)</p> <p>Sanofi Australia Pty Ltd.</p> <p>Number of centers: 25</p> <p>Country: Australia</p> <p>Setting: Hospitals (Urban)</p> <p>n=84</p> <p>Inclusion dates: June 2009 to</p>	<p>Eligibility criteria: metastatic prostate or breast cancer; undergoing outpatient docetaxel-based chemotherapy every 3 weeks at a minimum dose of 50 mg/m² who had already received at least 2 cycles of docetaxel and were expected to receive at least two further cycles; MDASI fatigue score $\geq 4/10$ during their previous chemotherapy cycle; 'clinically significant' fatigue, ≥ 3 on the Somatic and Psychological Health Report somatic subscale, worsening of fatigue after the</p>	<p>Intervention: Modafinil 200 mg/day; for a period of 15 days during each 21-day docetaxel chemotherapy</p> <p>4 periods of 15 days</p> <p>Control: Placebo</p>	<p>The primary endpoint of MDASI fatigue score AUC day 3 – day 10 during TP1 and TP2 was not statistically different between the two treatment arms ($p=0.15$). MDASI fatigue score AUC day 3 – day 10 for all four TPs combined was not statistically significant ($p=0.12$). A statistically significant difference in favor of modafinil during TP2 ($p=0.03$) and TP4 ($p=0.03$) was noted, suggesting a delayed</p>	<p>Grade 3 or 4 AE: Modafinil 17, placebo 4. 1 AE was possibly related to modafinil, 11 to doxecatol, 9 to neither treatment. Nausea and vomiting: modafinil 45.4 %, placebo 25 %. Discontinuation due to AE: modafinil 8 (14.3 %), placebo 4 (14.3 %). Withdrawal due to AE modafinil: 8, 6 possibly related to modafinil (insomnia, agitation, headache,</p>	<p>RCT</p> <p>Dropouts: Ex: 14, C: 4; ITT performed</p> <p>Cochrane score 7/7</p>

	march 2011	<p>commencement of docetaxel chemotherapy; hemoglobin level ≥ 10 g/dL within 2 weeks of study randomization.</p> <p>Excluded: docetaxel dose reduction to less than 50 mg/m² before cycle three; history of chronic fatigue; uncontrolled hypertension; known hypersensitivity/ intolerance to modafinil or any of the excipients; pregnancy; a psychological or social condition that did not permit treatment or medical follow-up and/or prohibited compliance with the study protocol; serious concomitant illness that would preclude participation in the study</p> <p>Mean age: Ex: 66.4 (10.6, C: 68.0 (10.7)</p> <p>M:F: 65:18</p> <p>Tumor types: Prostate or breast cancer</p> <p>Tumor stages: metastatic</p> <p>Palliative stage: Disease directed treatment</p>		effect for modafinil.	severe fatigue). Deaths; all placebo (3=prostate cancer)	
--	------------	--	--	-----------------------	---	--

		No information about group comparability				
Lundorff Palliative Medicine 2009	Design: RCT Funding: NR Number of centers: 1 Country: Denmark Setting: Department of Palliative care, general hospital n=28 Inclusion dates: April 2005 to July 2007	Eligibility criteria: Advanced cancer; Age > 18 years; ESAS tiredness score > 50mm; KPS 40–70%; hemoglobin level \geq 6.5 mmol/l; creatinine < 150 mmol/l; total S-calcium < 2.7 mmol/l. Excluded: women who were pregnant or lactating; history of severe anxiety disorders, significant arterial hypertension or untreated tachycardia; CNS metastases; significant hepatic or renal dysfunction; administration of ethinylestradiol, triazolam and monoamine oxidase inhibitors. Median age: 62 (40 to 79) M:F: 16:12 Tumor types: Gastrointestinal, Lung, Breast, Genitourinary, Head/neck Hematologic, other Tumor stages: advanced stage, at palliative care unit	Intervention: Modafinil 200mg once; Oral 4 days Control: Placebo	ESAS Fatigue, difference between groups - 0.857 (2.953), favouring modafinil, p=0.111 Finger Tapping Test (FTT) with the dominant hand and TMT were statistically significantly improved on modafinil treatment compared with placebo (P values. 0.006 and 0.042, respectively). ESAS difference between groups (negative favouring modafinil): Pain -0.071 (2.035), p=0.863; Fatigue - 0.857 (2.953), p=0.111; Nausea -0.286 (0.854), p=0.138; Depression - 1.071 (1.538),	ESAS Depression and drowsiness were statistically significantly improved on modafinil treatment compared with placebo (P values. 0.001 and 0.038, respectively). The frequency and intensity of side effects were similar on both treatments, and there were no statistically significant differences.	Cross-over RCT Dropouts: Ex: 2 Cochrane score 7/7

		<p>Palliative stage: NR</p> <p>There were no statistically significant differences between the two study arms regarding demographics, primary cancer disease and performance status at baseline assessment.</p>		<p>p=<0.001; Anxiety 0.250 (2.012), p=0.672; Drowsiness -1.357 (3.423), p=0.038; Shortness of breath - 0.571 (2.098), p=0.089; Appetite -0.607 (3.071), p=0.398; Feeling of well-being - 1.214 (3.489), p=0.069; Constipation 0.037 (2.139), p=0.874</p>		
--	--	---	--	---	--	--

3671

CONCEPT

3672 **Uitgangsvraag 4: Antidepressiva**

3673 Wat is het effect van antidepressiva op vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren ten opzichte van placebo, geen behandeling of andere
 3674 (medicamenteuze) behandeling bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

3675

3676 **Patiënten** Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase

3677 **Interventie** Antidepressiva, paroxetine, of andere (selectieve) serotonineheropnameremmer
 3678 (SSRI)

3679 **Comparator** Placebo, geen behandeling of andere (medicamenteuze) behandeling

3680 **Outcome** Vermoeidheid, kwaliteit van leven, functioneren

3681

3682 **Systematic reviews**

I Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
First author Journal Publication year	Specify the type of study Registration number Specify the source of funding presence of declaration	Inclusion criteria Exclusion criteria Age Gender (M:F)	including dose, length, regimen and timing if relevant	Functioning Fatigue Quality of life Participation Other (primary as	Brief description of secondary outcome(s) and p values. including adverse effects, toxicity	Amstar score

	<p>of interest.</p> <p>Databases</p> <p>Study designs</p> <p>Setting</p> <p>Included studies</p> <p>Search date</p>	<p>Tumor</p> <p>Stage</p> <p>Palliative stage</p>		<p>defined in the study)</p>		
<p>Mucke</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p>2015</p>	<p>Design: Cochrane review</p> <p>Funding: None</p> <p>Databases: Medline, EMBASE, CINAHL, Cochrane register of controlled trials, conference proceedings.</p> <p>Study designs: RCT</p> <p>Setting: Palliative care</p> <p>N included studies: 45</p> <p>Search date: April 2014</p>	<p>Eligibility criteria: RCT; full reports; fatigue; palliative care; focus on pharmacological treatment (psychostimulants (amphetamines, modafinil, armodafinil, methylphenidate, pemoline), amantadine, corticosteroids (dexamethasone, prednisone, methylprednisolone), donepezil, antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs; paroxetine), acetylsalicylic acid, megestrol acetate,</p>	<p>Intervention: Paroxetine</p> <p>Other interventions in the review: psychostimulants (amphetamines, modafinil, armodafinil, methylphenidate, pemoline), amantadine, corticosteroids (dexamethasone, prednisone, methylprednisolone), donepezil, antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs; paroxetine), acetylsalicylic acid, megestrol acetate, alfalcaldol and acetyl-L-</p>	<p>Paroxetine was tested in a study of 479 patients with cancer without significant effects.</p> <p>However, the Center for Epidemiological Studies Depression (CESD) score, controlling baseline depression scores, confirmed that the dose of paroxetine provided was more effective than placebo in reducing depression</p>	<p>Systematic review</p> <p>Dropouts: NR</p> <p>Amstar score: 11/11</p>	

		<p>alfacalcidol and acetyl-L-carnitine.); primary outcome had to be fatigue (or related terms such as asthenia); diseases requiring palliative care or diseases at an advanced, life-threatening stage.</p> <p>Excluded: primary target of clinical conditions such as depression or anxiety; focus on physiological deficiencies such as lack of haemoglobin, nor did we focus on drugs targeting specific cytokines; studies comparing different types of cancer-modifying treatment and the effect on prognosis and quality of life; studies which did not focus on pharmacological treatment; studies on fatigue related to antineoplastic treatment (e.g. chemotherapy, radiotherapy, surgical</p>	<p>carnitine.</p> <p>Control: Placebo</p>	<p>(p=0.001).</p>		
--	--	---	---	-------------------	--	--

		intervention). Mean age: NR M:F: NR Tumor types: all Tumor stages: advanced stage Palliative stage: NR No information about group comparability				
--	--	---	--	--	--	--

3683

3684

CONCEPT

Primary studies

I Study ID	II Method	III Patient characteristic	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
First author Journal Publication year	Specify the type of study Trial number Specify the source of funding presence of declaration of interest. Number of centers Countries Setting Randomized Inclusion dates	Inclusion criteria Exclusion criteria Age Gender (M:F) Tumor Stage Palliative stage p for group comparability.	including dose, length, regimen and timing if relevant Duration of intervention	Functioning Fatigue Quality of life Participation Other (primary as defined in the study)	Brief description of secondary outcome(s) and p values. including adverse effects, toxicity	Classification of intervention studies. Number of dropouts/withdrawals in each group Cochrane Score
Stockler Lancet Oncology 2007	Design: RCT Funding: Government, Non-governmental organization, healthcare industry or other (give name of organization or corporation) The Cancer Councils of New South Wales and South Australia; The National Health and Medical Research	Eligibility criteria: Advanced cancer defined by the presence of metastatic disease; treatment with palliative intent; ≥ 4 of 10 on scales for depression, anxiety, fatigue, or low energy from the Patient Disease And Treatment Assessment Form (Pt DATA Form; ECOG 0–2;	Intervention: Sertraline 50 mg; once a day; given orally; to be continued indefinitely. Indefinitely Control: Placebo	FACT-F: Sertaline: 56.8, Placebo: 57.1, Difference 0.3, (95% CI –4.3 to 4.9), $p=0.9$ FACT-G: Sertaline: 71.9, Placebo: 70.2, diff: 1.7 (95% CI –1.3 to 4.7), $p=0.2$ Depression scores: CES-D: Sertaline: 23.3,	No other statistically significant differences were observed. Frequency and severity of most AE and all SAE were much the same in both groups. Mild rash or pruritus, and grade 2 or 3 vomiting were more common with sertraline than with placebo; mild oedema was less	RCT Dropouts: 8 weeks: Sertaline: 4 deaths, 25 no quest.; 6 stopped intervention; Placebo: 3 deaths, 10 no quest.; 9 stopped intervention Cochrane score 6/7 downgraded for incomplete outcome

	<p>Council of Australia; Pfizer Australia; Pfizer International; and by the Clinical Trials Partnership of the Cancer Institute New South Wales and the NHMRC Clinical Trials Centre</p> <p>Number of centers: 24</p> <p>Country: Australia</p> <p>Setting: Cancer center, general hospital (Urban)</p> <p>n=189</p> <p>Inclusion dates: July 2001 to Februari 2006</p>	<p>life expectancy >3 months; serum creatinine <200 µmol/L; bilirubin <30 µmol/L; ability to complete baseline quality-of-life questionnaires;</p> <p>Excluded: major depression; delirium; coexisting disorders that contraindicated treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (eg, hypersensitivity or carcinoid tumour); history of schizophrenia or bipolar affective disorder; treatment with antidepressants (including St John's wort) or procarbazine within the past 4 weeks, or with tramadol within the past 7 days.</p> <p>Mean age: NR</p> <p>M:F: 111:78</p> <p>Tumor types: all</p> <p>Tumor stages: advanced stage; metastatic</p> <p>Palliative stage: Disease directed treatment</p> <p>No information about group comparability</p>		<p>Placebo: 23.7, diff: 0.4, (95% CI -2.6 to 3.4), p=0.8; HADS-D: Sertaline: 24.1, Placebo: 25.4, diff: 1.4, (95% CI -2.2 to 5.0), p=0.4; Pt DATA Form: Sertaline: 19.1, Placebo: 21.1, diff: 2.0, (95% CI -3.8 to 7.8), p=0.5; UBQ-C: Sertaline: 16.9, Placebo: 19.5, diff: 2.6, (95% CI -2.4 to 7.6), p=0.3</p>	<p>common with sertraline than with placebo</p>	
--	---	--	--	---	---	--

3686
3687
3688
3689
3690
3691
3692
3693
3694
3695

Uitgangsvraag 5: Beweging en lichamelijke activiteit

Wat zijn de effecten van beweging/lichamelijke training op vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren in vergelijking met geen beweging/lichamelijke training bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

Patiënten Patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase
Interventie Beweging/lichamelijke training
Comparator Geen beweging/lichamelijke training
Outcome Vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren

Systematic reviews

I Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Intervention 2 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
First author Journal Publication year	Specify the type of study Registration number Specify the source of funding presence of declaration	Inclusion criteria Exclusion criteria Age Gender (M:F)	including dose, length, regimen and timing if relevant	Functioning Fatigue Quality of life Participation Other (primary as	Brief description of secondary outcome(s) and p values. including adverse effects, toxicity	Amstar score

	of interest. Databases Study designs Setting Included studies Search date	Tumor Stage Palliative stage		defined in the study)		
Dittus Preventive Medicine 2017	Design: Systematic review (Non-Cochrane) NR Funding: Government NIH Databases: PubMed, Ovid Medline and CINHALL Study designs: RCTs, single-arm pre/post interventions, pragmatic studies and prospective cohort studies evaluating programs Setting NR N included studies: 26	Eligibility criteria: English language articles; RCTs, single-arm pre/post interventions, pragmatic studies and prospective cohort studies; evaluating programs; testing an intervention with a component of exercise and where at least one third of the sample population had advanced cancer; parameters of physical capacity including aerobic fitness, strength and standard measures of physical function, fatigue and overall	Interventions: Sixteen focused on exercise (62%) and ten (38%) were multi-modality interventions that included exercise. Interventions varied in length, intensity, exercise activity included, location, and supervision. NR or 6-16 weeks Control: diverse, mostly usual care	Three RCTs showed significant improvement in functional tests compared to controls, not significantly different between groups in one RCT, Another RCT reported significantly better self-reports of physical function compared to control (not tested) Three RCTs identified a significant reduction in fatigue between groups who did and did not receive an exercise intervention; One RCT, in individuals with metastatic breast	NR NR	Systematic review Dropouts: NR Amstar score: 4/11 (downgraded for lack of protocol, descriptions, quality assessment, publication bias, grey literature)

	(14 RCT) Search date: March 2017	QOL. Excluded: NR Mean age: NR NR Tumor types: Mixed population of advanced cancer patients 58% of studies (n=15), single cancer type 42% of studies (n = 11, of which 7 lung) Tumor stages: advanced stage Palliative stage: NR No information about group comparability		cancer receiving chemotherapy, identified a significant difference in fatigue between the two groups, using chair exercise; Six RCTs observed no significant difference in fatigue between groups. In summary RCT trials did not clearly identify improved fatigue with exercise interventions compared to controls Three RCTs (n=367 participants) identified significant improvements in QOL compared to controls; Six RCTs (n = 231 participants) reported no improvements in QOL compared to controls.		
Salakari	Design: Systematic	Eligibility criteria: Advanced cancer or	Intervention: Physical exercise; Physical		NR	Systematic review

<p>Acta Oncologica 2015</p>	<p>review (Non-Cochrane) NR Funding: NR NR Databases: Medline, Cochrane Study designs: RCT Setting NR N included studies: 13 RCT Search date: September 2014</p>	<p>palliative care and rehabilitation; 2009-2014; RCT; adults; abstract and full text available Excluded: Incomplete studies; non-English; non-controlled; non-randomized; case reports; clinical practice presentation; treatment protocols and models Mean age: NR NR Tumor types: all Tumor stages (RCTs): Advanced cancer and palliative care and rehabilitation Palliative stage: NR No information about group comparability</p>	<p>exercise and massage; football training; Resistance training and aerobic exercise NR Control: Variable, but not systematically reported</p>	<p>Exercise improves physical performance and has positive effects on several other domains of QoL. Effective rehabilitation also improves the overall QoL.</p>	<p>We found no adverse effects related to or caused by rehabilitation.</p>	<p>NR Amstar score 5/11 downgraded for lack of protocol, grey literature, quality assessment, assessment of publication bias, and conflict of interest information</p>
<p>Albrecht CLIN J Oncol Nurs</p>	<p>Design: Systematic review (Non-Cochrane)</p>	<p>Eligibility criteria: English, published after 1991, and focus on adult participants with</p>	<p>Intervention: Any form of additional physical movement that resulted in increased energy</p>	<p>Seated exercise intervention showed</p>	<p>The intervention group was more likely to be</p>	<p>Systematic review Amstar score: 4/11 (downgraded for lack of</p>

2012	<p>NR</p> <p>Funding: Public research funds, government</p> <p>National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) at the National Institutes of Health (#5-K07-AT002943).</p> <p>Databases: Ovid, MEDLINE, CINAHL, and PubMed</p> <p>Study designs: retrospective chart reviews, feasibility studies, case studies, and randomized trials</p> <p>Setting NR</p> <p>N included studies: 16 (2 RCT)</p> <p>Search date: NR</p>	<p>advanced-stage cancer, and examine the effects of a form of PA.</p> <p>No exclusion criteria</p> <p>Mean age: NR</p> <p>NR</p> <p>Tumor types: all types</p> <p>Tumor stages: advanced stage</p> <p>Palliative stage: NR</p> <p>Group comparability not reported</p>	<p>expenditure (e.g., physical aerobic activity, group exercise, rehabilitation exercises)</p> <p>NR</p> <p>Comparators: None or Usual care</p>	<p>statistically lower fatigue scores compared to the usual care group (p=0.02; 1 study). The intervention group showed clinically significant improvements when compared to the standard care group (p-values NR; 1 study).</p> <p>Seated exercise had a slower decrease in reported HRQOL through four cycles of chemotherapy, with trends toward significance than usual care (p=0.07; 1 study)</p>	<p>discharged home (p= 0.05; 1 study) and die at home (p=0.01; 1 study).</p>	<p>protocol, descriptions, quality assessment, publication bias, grey literature)</p>
Beaton	Design: Systematic review (Non-Cochrane)	Eligibility criteria: (1) population: persons with metastatic, advanced,	Intervention: Either (2 studies) 12 weeks exercise, as seated		No aggregate analysis Three of the eight	Systematic review

Physiotherapy Canada 2009	<p>NR</p> <p>Funding: NR</p> <p>No conflict of interest (stated)</p> <p>Databases: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, the Cochrane Databases of Systematic Reviews (EBM Reviews—Ovid), and PEDro</p> <p>Study designs: Case series and RCT</p> <p>Setting NR</p> <p>N included studies: 8 (3 RCT)</p> <p>Search date: May 2008</p>	<p>or palliative cancer; (2) intervention: exercise as the intervention or a component of the intervention; (3) publication in a peer-reviewed journal.</p> <p>Excluded: Studies of persons with lymphoma, melanoma, or myeloma (these are not considered to be metastatic cancers) and studies in which results of those with metastatic cancer could not be separated from those with non-metastatic cancer; Studies in languages other than English or French, newspaper editorials, critical reviews of individual articles, and qualitative research studies; less than one-third of the sample had metastatic or advanced cancer.</p> <p>Mean age: NR</p> <p>NR</p>	<p>repetitive motion exercises based on a fitness video at home; individualized resistance program with warm-up and cool-down periods, in public facility, or (1 study) 3 weeks, 2-3 /per week</p> <p>Exercise interventions in cancer center involved group-based conditioning and relaxation combined with cognitive, social, emotional, and spiritual interventions.</p> <p>3 weeks (1 study); 12 weeks (2 studies)</p> <p>Control intervention: usual level of care (3 studies); plus, waitlisted with an offer to participate in the exercise intervention at a later date (1 study).</p>	No aggregate analysis	<p>studies specifically reported on adverse effects, and no adverse effects occurred.</p>	<p>Amstar score 7/11 downgraded for lack of protocol, grey literature, publication bias. Included RCT scores 8/11</p>
------------------------------	--	---	--	-----------------------	---	---

		<p>Tumor types: all types</p> <p>Tumor stages (RCTs): Advanced and palliative intent</p> <p>Palliative stage: NR</p> <p>Group comparability not reported</p>				
<p>Lowe</p> <p>Journal of Supportive Oncology</p> <p>2009</p>	<p>Design: Systematic review (Non-Cochrane)</p> <p>NR</p> <p>Funding: NR</p> <p>No conflict of interest (stated)</p> <p>Databases: NR</p> <p>Study designs: all</p> <p>Setting NR</p> <p>N included studies: 6 (1 RCT)</p> <p>Search date: NR</p>	<p>Eligibility criteria: examine physical activity intervention; palliative care patients; >18 years; PROMs QoL physical functioning or fatigue</p> <p>Excluded: mixed populations without subgroup analysis</p> <p>Mean age: NR</p> <p>NR</p> <p>Tumor types: all</p> <p>Tumor stages: NR</p> <p>Palliative stage: NR</p> <p>No information about</p>	<p>Interventions: Aerobe exercise interventions, mix of aerobe and resistance training</p> <p>4-52 weeks</p> <p>Control: NR</p>	<p>No significant difference (1 RCT)</p> <p>NR</p> <p>Slower decrease of well-being for intervention (1 RCT)</p> <p>NR</p> <p>NR</p>	<p>NR</p> <p>NR</p>	<p>Systematic review</p> <p>Dropouts: NR</p> <p>Amstar score 6/11 downgraded for lack of protocol, search information, grey literature, publication bias.</p>

		group comparability				
--	--	---------------------	--	--	--	--

3696

3697

CONCEPT

Primary studies

I Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
1. Reference	1. Study design 2. Source of funding/conflicts of interest 3. Setting 4. Sample size 5. Duration of the Study	1. Eligibility criteria 2. Patient characteristics 3. Group comparability	1. Intervention(s) 2. Intervention 2 2. Comparator(s)	1. Effect size primary outcome	1. Effect size secondary outcome(s) 2. Effect size all other outcomes, endpoints	1. Level of evidence 2. Dropouts 3. Results critical appraisal
First author Journal Publication year	Specify the type of study Trial number Specify the source of funding presence of declaration of interest. Number of centers Countries Setting Randomized Inclusion dates	Inclusion criteria Exclusion criteria Age Gender (M:F) Tumor Stage Palliative stage p for group comparability.	including dose, length, regimen and timing if relevant Duration of intervention	Functioning Fatigue Quality of life Participation Other (primary as defined in the study)	Brief description of secondary outcome(s) and p values. including adverse effects, toxicity	Classification of intervention studies. Number of dropouts/withdrawals in each group Cochrane Score
Bourke European Urology 2014	Design: RCT ISRCTN88605738 Funding: None No conflict of interest (stated) Number of centers: NR Country: UK Setting NR	Eligibility criteria: ADT; locally advanced or metastatic prostate cancer; sedentary (ie, exercising < 90 min per week at a moderate intensity); receiving continuous ADT for a minimum of 6 mo prior to recruitment; planned long-term	Intervention: Combined tapered (ie, a tapering of supervised support for behaviour change) 30 min aerobic (stationary cycles, rowing ergometers, and treadmills) and resistance exercise and dietary advice intervention delivered with	FACT-F: 12 weeks adjusted MD: 5.3 points; 95% CI, 2.7–7.9, p<0.001; 6 months: adjusted MD: 3.9 points; 95% CI,	No other differences for other secondary outcomes, except better aerobic exercise tolerance at 6 months for intervention group Ex: atrial fibrillation	RCT Dropouts: 85% of the cohort completing 12-wk follow-up and 68% of men attending follow-up at 6 mo. Cochrane Score 4/7 downgraded for blinding and

	n=100 Inclusion dates: 2008 to 2011	retention on ADT Excluded: Unstable angina; uncontrolled hypertension; recent myocardial infarction; pacemakers; painful or unstable bony metastases Mean age: 71 M:F: 100:0 Tumor types: Prostate cancer Tumor stages: Locally advanced or metastatic Palliative stage: Disease directed treatment There were no significant differences between groups at baseline ($p > 0.05$ for all variables).	integrated behaviour change support; supervised by an exercise physiologist. Twice a week from weeks 1–6, and once per week from weeks 7–12. self-directed independent exercise session once a week from weeks 1–6, and twice per week from weeks 7–12. Small- group healthy eating seminars, lasting approximately 20 min, were carried out every 2 w. 12 weeks Control: Usual care	1.1–6.8, $p=0.007$ FACT-G: 12 weeks adjusted MD: 8.9 points; 95% CI, 3.7– 14.2, $p=0.001$; 6 months: adjusted MD: 3.3 points; 95% CI, 2.6 to 9.3, $p=0.27$	(n=1); C: death (n=1); no skeletal related adverse events	possible selective reporting
Cheville Cancer 2010	Design: RCT NR Funding: NR No conflict of interest (stated) Number of centers: 1 Country: US Setting: Mixed n=103 Inclusion dates: NR	Eligibility criteria: Adult advanced cancer patients; scheduled to undergo radiation therapy; diagnosis within the last 12 months; an expected survival time of at least 6 months; a 5-year survival probability of no more than 50%; and a treatment recommendation of radiation therapy of at least 2 weeks Excluded: previous radiation therapy; recurrent disease after a disease-free period of greater than 6 months; previous cancer diagnosis within 5 years; Mini Mental Status Examination score of less than 20; ECOG performance score of 3 or more; active alcohol or substance dependence (except nicotine); active	Intervention: Structured, multidisciplinary intervention; 8 sessions delivered by a PT and a psychiatrist or psychologist with cofacilitation provided by an advanced practice nurse, licensed social worker, or certified hospital chaplain depending on the theme; 3-day-per week schedule for 90 mins; truncal and upper-limb strengthening exercises; Lower limb strengthening activities 4 weeks Control: Usual care	LASA fatigue (change from baseline): 4 weeks: Ex: -8.3 (23.2), C: 6.3 (29.9), $p=0.72$; 8 weeks: Ex: -6.6 (27.1), C: -5.1 (28.8), $p=0.96$; 27 weeks Ex: -9.5 (27.1), C: -6.5 (26.27), $p=0.92$ LASA overall QoL (mean): 4 weeks: Ex: 72.8 (20.62), C: 64.1 (22.53), $p=0.0469$; 8 weeks: Ex: 71.9 (19.41), C: 68.4 (23.48), $p=0.42$; 27 weeks Ex: 72.1	NR NR	RCT Dropouts: Ex: 6 lost; C: 3 lost Cochrane score 3/7 downgraded for randomization, allocation concealment and blinding

		<p>thought disorder; suicidal plans; were participating in another psychosocial research trial</p> <p>Mean age: 59.5 (range 31-85)</p> <p>M:F: 66:37</p> <p>Tumor types: all types</p> <p>Tumor stages: advanced stage</p> <p>Palliative stage: Disease directed treatment</p> <p>There were no significant differences between the groups at baseline</p>		<p>(19.49), C: 72.1</p> <p>(18.97), p=0.99</p>		
<p>Cheville</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management 2013</p>	<p>Design: RCT</p> <p>NCT01334983</p> <p>Funding: Government National Institutes of Health grant KL2 RR024151-01.</p> <p>Number of centers: 1</p> <p>Country: US</p> <p>Setting: Oncology clinic (Urban)</p> <p>n=66</p> <p>Inclusion dates: May 2010 to July 2010</p>	<p>Eligibility criteria: Patients with pathology-confirmed Stage IV lung and colorectal cancers; Ambulatory Post Acute Care (AM-PAC) Computer Adaptive Test (CAT) scores between 50 and 75</p> <p>Excluded: Folstein Mini-Mental State Examination score of 25 or less; inadequate English proficiency, hospice enrollment; an average pain numeric rating scale score of ≥ 6 of 10</p> <p>Mean age: Ex: 63.8 (12.5; C: 65.5 (8.9)</p> <p>M:F: 35:31</p> <p>Tumor types: lung and colorectal</p> <p>Tumor stages: IV</p> <p>Palliative stage: Mixed</p> <p>The groups were well balanced with respect to demographic, cancer type, and treatment characteristics</p>	<p>Intervention: Instructional session in REST as well as a pedometer-based walking program; bimonthly telephone calls; delivered by two PTs; wo sets of five-exercise routines, one targeting the upper and the other the lower body; participants were instructed to perform 10 repetitions of each REST exercise in the upper and lower body routines at least twice a week for a total of four sessions (two upper and two lower body); participants gradually increased their repetitions to 15; pedometers; participants were instructed to walk briskly.</p> <p>8 weeks</p> <p>Control: Nothing</p>	<p>There was no difference in activity short form (mean change from 0 to 8 week): Ex: 1.56 (5.53) 95% CI -0.72 to 3.84; C: 0.94 (5.91) 95% CI -1.26 to 3.14; p=0.74</p> <p>FACT-F favored the intervention group (mean change from 0 to 8 week): Ex: 4.46 (8.56) 95% CI 0.81 to 8.11; C: -0.79 (9.11) 95% CI -4.26 to 2.67; p=0.03</p> <p>There was no difference in FACT-G (mean change from 0 to 8 week): Ex: 1.07 (11.60) 95% CI -5.97 to 3.83; C: 0.12</p>	<p>Sleep favored the intervention group (mean change from 0 to 8 week): Ex: 1.46 (1.88) 95% CI 0.70 to 2.22; C: -0.10 (1.71) 95% CI -0.74 to 0.54; p=0.002; There was no difference in pain (mean change from 0 to 8 week): Ex: -0.62 (2.59) 95% CI -1.66 to 0.43; C: -0.50 (2.01) 95% CI -1.25 to 0.25; p=0.87</p> <p>Deaths Ex: 5, C: 2; no adverse events occurred during or within hours of performing the REST exercises or the walking program.</p>	<p>RCT</p> <p>Dropouts: Ex: 7 lost (5 died); C: 3 lost (2 died)</p> <p>Cochrane score 5/7</p> <p>downgraded for blinding</p>

				(10.22) 95% CI -3.19 to 4.74; p=0.54 Mobility short form favored the intervention group (mean change from 0 to 8 week): Ex: 4.88 (4.66) 95% CI 2.96 to 6.80); C: 0.23 (5.22) 95% CI -1.76 to 2.22; p=0.002		
Cormie Prostate Cancer and Prostatic Disease 2013	Design: RCT NR Funding: Government Cancer Council of Western Australia. Author supported by Movember through the Prostate Cancer Foundation Number of centers: 1 Country: Australia Setting: Urban n=20 Inclusion dates: July 2011 to July 2012	Eligibility criteria: Histological diagnosis of prostate cancer, established bone metastatic disease as determined by a whole-body bone scan Excluded: Moderate–severe bone pain that limited activities of daily living (i.e., National Cancer Institute's Common Terminology Criteria for Adverse Events grade 2–3 bone pain ¹⁹) or had musculoskeletal, cardiovascular and/or neurological disorders that could inhibit them from exercising Mean age: Ex: 73.1 (7.5), C: 71.2 (6.9) M:F: 20:0 Tumor types: Prostate cancer Tumor stages: Bone Metastases Palliative stage: NR The two groups were well balanced,	Intervention: Twice-weekly resistance exercise sessions for 12 weeks in an exercise clinic; small groups of one to five participants; supervised by accredited exercise physiologists; 60 min sessions, eight exercises that target the major muscle groups of the upper and lower body 12 weeks Control: Usual care	SF-36 physical functioning (group difference in mean change): 0.0 (95% CI - 4.2 to 4.2), p=0.996 Fatigue (MFSI-SF) (group difference in mean change): -4.2 (95% CI -17.6 to 9.2), p=0.521 SF-36 general health (group difference in mean change): 1.9 (95% CI -4.1 to 7.9), p=0.508; SF-36 physical health composite (group difference in mean change): -0.1 (95% CI -4.6 to 4.4), p=0.957; SF-36 mental health	No differences in other SF-36, fatigue outcomes (MSFI-SF), BSI; Significant difference in leg extension (p=0.016), 400m walk (p=0.010), 6m walk (p=<0.001); whole body lean mass (p=0.026), appendicular lean mass (p=0.003) No adverse events or skeletal complications occurred during the exercise sessions; Ex: 1 fracture due to fall; Ex: 3 (advancing disease requiring chemotherapy, increased bone pain	RCT Dropouts: Only some assessments missing Cochrane score 5/7 downgraded for blinding

		with no significant differences in characteristics at baseline or in any of the outcome measures assessed.		composite (group difference in mean change): 2.8 (95% CI -5.3 to 11.0), p=0.475	and fall); C: 1 (advancing disease requiring chemotherapy); P=0.264	
Dhillon Annals of Oncology 2017	Design: RCT ACTRN12609000971235 Funding: Non-governmental organization Lance Armstrong Foundation/National Lung Cancer Alliance Partnership as a Young Investigator Award (no grant number) to JV; the Vojakovic Fellowship from Slater and Gordon Asbestos Research Fund (no grant number); Cancer Institute NSW Clinical Fellowships (05/CRF/1-06, 2006; 09/RIG1-13, 2010) to JV; the ALTG to HD (no grant number), and PoCoG to HD (no grant number) Number of centers: 5 Country: Australia Setting: Hospitals (Urban) n=112 Inclusion dates: July 2009 to October 2014	Eligibility criteria: Histological diagnosis of cancer; an ECOG performance status (PS) 2; life expectancy>6 months; sufficient English to complete questionnaires; and assessed medically fit by treating physician and Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). Excluded: NR Median age: 64 (34-80) M:F: 61:50 Tumor types: Non-small cell lung cancer (NSCLC) or small cell lung cancer (SCLC) Tumor stages: III/IV Palliative stage: Mixed Group comparability not reported	Intervention: Cancer-specific individualized, 8-week supervised Physical Activity (PA) intervention exercise (Move Your Body, behaviour change sessions) and nutrition (Eat for Health) education materials plus General health education materials. Individualized to baseline fitness and interests. It included a behaviour change program based on Theory of Planned Behaviour. week. Sessions lasted 1h: 45-min PA; 15-min behaviour support. PA was predominantly aerobic, and home-based PA was encouraged. EX participants received a pedometer, PA diary, and workbook. 8 weeks Control: Usual care (UC) (nutrition and PA education materials)	EORTC-QLQ-C30 physical functioning (6 months): EX: 76.67, C: 73.07 (diff 3.6; 95%CI -5.8 to 12.99; p=0.45) FACT Fatigue (6 months, adjusted): EX: 37.07, C: 35.76 (diff 1.31; 95%CI -3.51 to 6.12; p=0.59) EORTC-QLQ-C30 Global QOL (6 months): EX: 61.21, C: 54.42 (diff 6.79; 95%CI -4.39 to 17.97; p=0.23)	No differences at any other EORTC-QLQ-C30 QOL domains (Role functioning, Social functioning); GHQ, Pittsburg Sleep inventory; San Diego shortness of breath Questionnaire; (independent) Activities of daily living. Social cognitive determinants of exercise: EX: 26.64, C: 22.07 (diff 4.57, 95% CI 1.34 to 7.80, p=0.006) No SAE; Other AE: EX: 4 musculoskeletal events likely related to exercise (back or muscle soreness) resolving without treatment, 4 minor adverse events, which resolved without intervention.	RCT Dropouts: Missing's/too unwell/deceased: Intervention (n=56): 2/6/12, control (n=55): 6/12/8 Cochrane score 4/7 (downgraded due to lack of blinding and incomplete outcome assessment)

Galvao Journal of Clinical Oncology 2010	Design: RCT ACTRN12607000263493 Funding: Government Cancer Council of Western Australia. Number of centers: 1 Country: Australia Setting: Urban n=57 Inclusion dates: July 2007 to September 2008	Eligibility criteria: Histologically documented prostate cancer; minimum prior exposure to AST longer than 2 months; without PSA evidence of disease activity; anticipated to remain hypogonadal for the subsequent 6 months. Excluded: Bone metastatic disease; musculoskeletal, cardiovascular, or neurological disorders that could inhibit them from exercising; inability to walk 400 meters or undertake upper and lower limb exercise; and resistance training in the previous 3 months Mean age: Ex: 69.5 (7.3); C: 70.1 (7.3) M:F: 57:0 Tumor types: Prostate cancer Tumor stages: localized and nodal metastases Palliative stage: NR There were no significant differences between groups at baseline.	Intervention: Combined progressive resistance (chest press, seated row, shoulder press, triceps extension, leg press, leg extension and leg curl, with abdominal crunches) and aerobic training (15 to 20 minutes of cardiovascular exercises (cycling and walking/ jogging) at 65% to 80% maximum heart rate and perceived exertion at 11 to 13 (6 to 20 point, Borg scale) twice a week for 12 weeks; one to five participants under direct supervision of an exercise physiologist. 12 weeks Control: Usual care	No difference in SF36 Physical functioning from 0-12 weeks: Ex: 81.7 (14.8) to 82.9 (17.3); C: 74.0 (28.9) to 77.5 (18.7); p=0.441 QLQ-C30-fatigue favored exercise from 0-12 weeks, p=0.021 SF-36 general health favored exercise from 0-12 weeks: Ex from 66.0 (23.1) to 71.4 (17.5); C: from 67.3 (23.1) to 60.2 (26.7), p=0.022 No differences for whole body fat, trunk fat, %fat mass, whole body weight	Soft tissue composition and dynamic muscle strength favored the exercise group. Quality of life assessed by the SF-36 (Table 6) showed better change scores for vitality (P .019), and the physical health composite scores (P .020) for the EX group. Assessments using the QLQ-C30 identified better change scores for EX in role (P .001), cognitive (P .007), nausea (P .025), and dyspnea (P .017), and a borderline difference for physical (P .062), emotional (P .098), pain (P .092), and insomnia (P .055). There were no adverse events during testing or the exercise intervention.	RCT Dropouts: 4 patients in each group had missing data Cochrane score 5/7 downgraded for blinding
Hojan Polish Archives of Internal Medicine 2017	Design: RCT ISRCTN80765858 Funding: NR No conflict of interest (stated) Number of centers: 1	Eligibility criteria: Histologically confirmed diagnosis of high-risk or intermediate-risk PCa; ADT scheduled for a total period of 36 months; patients before RT (a total	Intervention: 5 exercise sessions/wk for 8 weeks (during RT—between assessments I and II), and 3 d/wk for the next 10 months; either individually (strength	QLQ-C30 physical functioning at baseline ex: 79.7 (18.9) C: 81.9 (15.4); 12 months Ex: 78.4 (17.8) C: 65.1	Significant advantage of exercise for weight, BMI, waist-to-hip ratio (p<0.001) NR	RCT Dropouts: Ex: 1, C: 5 Cochrane score 5/7 downgraded for blinding

	<p>Country: Poland Setting: Regional cancer center n=72 Inclusion dates: December 2012 to December 2014</p>	<p>dose of 76 Gy in 38 fractions); ECOG 0-1; >= 18 years Excluded: Distant metastases and/or disease progression resulting in RT or the introduction of chemotherapy; with insufficiently controlled arterial hypertension or cardiac diseases resulting in circulation failure (heart failure above class II according to the New York Heart Association classification) or uncontrolled asthma; with insufficiently controlled metabolic diseases or endocrine, rheumatic, and absorption disorders, as well as other tumors; with preexisting bone metastases at high risk for fracture; or with a psychiatric illness or dementia or organic brain disease. Mean age: 66.2 (4.94) M:F: 72:0 Tumor types: Prostate cancer Tumor stages: NR Palliative stage: NR There were no significant differences between groups at baseline.</p>	<p>training performed with the assistance of a physiotherapist) or in groups (exercises on treadmills or cycle ergometers, supervised by a therapist); brisk walking, running indoors or on a treadmill, various cycling activities (30 min); 25-minute resistance exercises; 65 to 70 minutes total; workout of 60 minutes 12 months Control: Usual care</p>	<p>(19.5), p<0.01 FACT-F at baseline ex 113.4 (3.5) C:112.9 (3.9); 12 months Ex: 105.8 (7.7) C: 75.5 (8.1), p<0.001 QLQ-C30 global health at baseline ex: 53.7 (18.2) C: 54.1 (23.0); 12 months Ex: 57.4 (19.7) C: 52.3 (17.8), p=0.11 Significant advantage of exercise for distance 6min walk test (p<0.001), significant differences in blood markers only for total Psa, II-6</p>		
<p>Jensen Support Care Cancer 2014</p>	<p>Design: RCT NR Funding: Non-governmental organization foundation "Stiftung Leben mit Krebs" Number of centers: 1 Country: Germany</p>	<p>Eligibility criteria: Advanced gastrointestinal cancer, including gastric, colorectal, pancreatic, and biliary tract cancer; ≥18 years; life expectancy ≥6 months; beginning of a new palliative treatment line Excluded: Symptomatic brain</p>	<p>Intervention: RET: resistance exercise training: supervised training sessions over 45 min; twice a week until a total of 24 sessions; 12 weeks; Resistance training of large muscle groups, including the legs, arms, back, and knees, was performed; Strength exercises were</p>	<p>QLQ-C30-physical functioning (change from baseline) RET: -2.4 (95% CI -8.5 to 3.7), AET: -3.3 (95% CI -9.8 to 3.3) QLQ-C30-fatigue (change from baseline)</p>	<p>NR NR</p>	<p>RCT Dropouts: RET: 2 AET: 3 Cochrane score 2/7 (downgraded due to unclear randomization, lack of blinding and incomplete outcome assessment)</p>

	<p>Setting: Outpatient oncology clinic, University hospital n=26 Inclusion dates: NR</p>	<p>metastases; uncontrolled cardiovascular diseases; higher grades of osteoporosis; peripheral arterial insufficiency; insufficiently controlled coronary heart disease; arterial hypertension; metabolic diseases Mean age: 55 (13.1) M:F: 11:10 Tumor types: gastric, colorectal, pancreatic, and biliary tract cancer Tumor stages: advanced stage Palliative stage: Disease directed treatment There were no significant differences between groups at baseline.</p>	<p>performed at 60–80 % of the one repetition maximum (1-RM) and consisted of two to three sets of 15–25 repetitions each. Intervention: AET: aerobic exercise training; supervised sessions lasting 45 min on a bicycle ergometer twice a week for 12 weeks. Starting with 60 % of their predetermined pulse rate in week 1–4, the working load was intensified to 70–80 % in week 5–12. The exercise duration started with 10 min in week one and was increased up to 30 min in week 12. 12 weeks</p>	<p>RET: 24.2 (95% CI 0.2 to 48.3), AET: 21.1 (2.5 to 39.6) QLQ-C30-global health status (change from baseline) RET: -14.4 (95% CI -31.6 to 2.8), AET: -13.3 (-26.2 to -0.3)</p>		
<p>Ligibel Cancer 2016</p>	<p>Design: RCT NCT00405782 Funding: Non-governmental organization McMackin Foundation. Number of centers: 2 Country: US Setting: Cancer centers (Urban) n=101 Inclusion dates: September 2006 to March 2011</p>	<p>Eligibility criteria: Metastatic breast cancer or locally advanced disease not amenable to surgical resection, a life expectancy of 12 months, baseline performance of 150 minutes of recreational physical activity per week, and an Eastern Cooperative Oncology Group performance status of 0 to 1 Excluded: Untreated brain metastases, uncontrolled cardiac disease, or other contraindications to moderate-intensity exercise. Mean age: 49 M:F: 0:101 Tumor types: Metastatic breast</p>	<p>Intervention: 16-week, moderate-intensity aerobic exercise program, delivered through a series of in-person (4 weeks monthly) and telephone contacts (weekly) by an exercise physiologist. Sessions focused on building exercise self-efficacy, overcoming barriers to exercise, documenting any injuries, and reviewing safe exercise practices. Heart rate monitor, a pedometer, and an exercise journal; 6-week membership to a gym in their local area. 16 weeks</p>	<p>EORTC-QLQ-C30 physical functioning (16 weeks, change from baseline): EX: 4.79 (SD 2.4), C: 0.93 (SD 2.1), p=0.23 FACIT-fatigue (16 weeks, change from baseline): EX: 2.7 (SD 8.4), C: 2.7 (SD 9.3) p=0.63 EORTC-QLQ-C30 Global QOL (16 weeks, change from baseline) EX: 6.0 (SD 17.5), C: -1.0 (SD</p>	<p>No differences at any other EORTC-QLQ-C30 QOL domains (Role functioning, Emotional functioning, Cognitive functioning, Social functioning); Nausea/vomiting; Pain; Insomnia; Appetite loss; constipation; Diarrhea. Dyspnea (16 weeks, change from baseline): EX: -6.3 (SD 23.1), C: 4.0 (SD 19.8), p=0.04 No injuries or other</p>	<p>RCT Dropouts: Missings/discontinued/never started: Intervention (n=48): 10/10/1, control (n=53): 7/3/2 Cochrane score 2/7 (downgraded due to unclear randomization, lack of blinding and incomplete outcome assessment)</p>

		cancer or locally advanced disease not amenable to surgical resection Tumor stages: NR Palliative stage: Disease directed treatment "Baseline characteristics were distributed similarly"	Control: Usual care for 16 weeks and was then offered participation in the exercise intervention	21.5), p=0.17 Treadmill test (16 weeks, min. change from baseline): EX: 0.61 (SD 0.2), C: 0.37 (SD 0.2), p=0.35	adverse events were reported	
Litterini Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2013	Design: RCT NR Funding: Non-governmental organization Northern New England Clinical Oncology Society and Exeter Hospital Number of centers: 1 Country: US Setting: Cancer center, palliative care service, rehabilitation department, and a local hospice. n=66 Inclusion dates: February 2010-March 2012	Eligibility criteria; >=18 years; advanced cancer Excluded: debilitating psychiatric illness; mental confusion; decreased mental capacity; difficulty communicating in English; lacked medical clearance. Mean age: 62.35 (12.49) M: F: 30:36 Tumor types: All: most with breast, lung, or colorectal cancer Tumor stages: advanced stage Palliative stage: Terminal phase There were no significant differences in age or seks between groups.	Intervention: Resistance exercises on circuit weight training equipment; Amount of resistance, repetitions, and sets were as tolerated. Intervention: Intervention: Cardiovascular exercises; >1 machine; duration and intensity were progressed as tolerated. 10 weeks	VAS Fatigue (mean difference in change from baseline): 9.03 (95% CI -0.02 to 18.08), p=0.050 SPPB total score (mean difference in change from baseline): 0.75 (95% CI 0.44 to 1.06, p<0.001	VAS pain (Mean difference in change from baseline): 1.71 (95% CI -3.39 to 6.81), p=0.50 No adverse events were reported	RCT Dropouts: Resistance: 11, Cardio: 3 Cochrane score 3/5 downgraded for allocation concealment, blinding and incomplete outcome data
Lopez-Sendin Journal of Alternative & Complementary Medicine 2012	Design: RCT NR Funding: NR No conflict of interest (stated) Number of centers: 1 Country: Spain Setting: Oncology department, university hospital (Urban) n=24	Eligibility criteria: >18 years old; any type of tumor in stage III-IV; intensity of pain > 4 on a numerical pain rate scale Excluded: fragile tissue (skin, hair, or bone); systemic status (e.g., neutropenia, hypercalcemia, hypothyroidism, or anemia); unconscious; unable to complete the	Intervention: physiotherapy: several different therapeutic massage techniques: effleurage, petrissage, and strain/counter strain techniques over the tender points; passive mobilization; active-assisted or active-resisted exercises, and local and global-resisted exercises, as well as proprioceptive	BPI (2 weeks, difference in change from baseline) worst pain: -1.5 (95% CI -3.08 to -0.08); BPI	NR NR	RCT Dropouts: Ex: 4 (2 sedation, 1 refused, 1 died), C: 5 (1 sedated, 1 chemotherapy, 2 refused, 1 died) Cochrane score 3/5 downgraded for allocation concealment, blinding and incomplete outcome data

	Inclusion dates: NR	questionnaires used; projected to have less than 20 days to live; undergone manual therapy within the past 4 weeks Mean age: Ex: 55 (21), C: 54 (8) M:F: 18:6 Tumor types: all (lung, melanoma, sarcoma, pancreas, breast) Tumor stages: III/IV Palliative stage: Terminal phase No significant differences on baseline characteristics between both groups were found	neuromuscular facilitation (PNF) applied over joints and tight/painful muscles; six sessions of 30–35 minutes in duration over a 2-week period. 2 weeks Control: Sham: simple hand contact or “simple touch,” six sessions of 30–35 minutes in duration over a 2-week period	index: -2.68 (95% CI -4.17 to -1.18); BPI least pain 1.1 (95% CI -1.64 to 3.64); BPI pain on the average -1.33 (95% CI -3.26 to 0.6); BPI pain right now -2.0 (95% CI -3.9 to -0.1)		
Mayo Clinical Rehabilitation 2014	Design: RCT NR Funding: Non-governmental organization MUHC and Research Institute of Pilot Project Competition. Number of centers: 1 Country: Canada Setting: University hospital (Urban) n=26 Inclusion dates: NR	Eligibility criteria: Adults, advanced cancer, undergoing interdisciplinary assessment and rehabilitation, moderate to severe rating of fatigue (VAS ≥ 4/10, Cramp et al) Excluded: Unable to walk 100m unaided, waiting for a bone marrow transplant or surgery, uncontrolled pelvic or lower extremity metastatic disease. Mean age: Group 1: 59.6 (11.4) [44–78] Group 2: 57.1 (14.9) [34–88] Group 3: 54.4(12.2) [38–71] M:F: 14:12 Tumor types: all Tumor stages: 2-5 Palliative stage: NR Group comparability not reported	Intervention: During: Individualized 8 weeks walking program based on the participants' current walking status and progressed according to fatigue level; pedometer; weekly standardized telephone call, during cancer rehabilitation program Intervention: After: Individualized 8 weeks walking program based on the participants' current walking status and progressed according to fatigue level; pedometer; weekly standardized telephone call, after cancer rehabilitation program 8 weeks Control: Only the cancer rehabilitation program, daily fatigue diary, weekly standardized telephone call	Physical function (2min walktest, adapted CHAMPS, RAND-36) Response: During group: 39%, after group: 67%, Control: 50% Person Fatigue Measures (PFM): Response During Group: 43%, After Group: 68%, Control: 25% EQ-5D VAS response: During group: 64%, after group: 33%, Control: 28%	NR NR	RCT Dropouts: Loss n=12, ITT performed Cochrane score 2/7 (downgraded due to unclear randomization, lack of blinding and selective reporting)

<p>Oldervoll The Oncologist 2011</p>	<p>Design: RCT NCT00397774 Funding: Non-governmental organization Norwegian Foundation for Health and Rehabilitation and the Norwegian Cancer Society Number of centers: 6 Country: Norway Setting: Palliative care units, local/regional hospitals (Mixed) n=231 Inclusion dates: October 2006 and May 2009.</p>	<p>Eligibility criteria: Incurable and metastatic cancer (either locoregional or distant metastases); a life expectancy of 3 months to 2 years; a Karnofsky performance status (KPS) score 60; adequate pain relief (pain intensity 3 on a 0–10 numerical rating scale); the ability to walk; and unimpaired cognitive function Excluded: NR Mean age: Ex: 62.6 (11.3), C: 62.2 (10.7) M:F: 87:143 Tumor types: Gastrointestinal, Lung, Breast, Urological, Gynecological, other Tumor stages: metastatic (100%) Palliative stage: Symptom oriented palliation At baseline, the groups were well balanced with respect to demographics, level of physical activity over the past year, and medical characteristics such as diagnosis, ongoing chemotherapy and radiation treatment, and comorbidities</p>	<p>Intervention: Six circuit stations: exercise for 2 minutes; continuing for 30 minutes in total; lower and upper limb muscle strength, standing balance, and aerobic endurance; Strengthening of the lower limb; Balance: stand on either a trampoline or a thick mat; Strengthening of the upper limb; General functioning: start in the standing position, descend to the floor, lie on back, then roll from side to side, and stand up again; Aerobic endurance: stationary bicycling or treadmill walking. 8 weeks Control: Usual care</p>	<p>Fatigue questionnaire (difference in change from baseline) total fatigue: -0.5 (95% CI -2.0 to 1.0), p=0.53; physical fatigue -0.3 (95% CI -1.6 to 1.0), p=0.62; mental fatigue -0.3 (95% CI -0.6 to 0.3), p=0.53</p>	<p>Other (difference in change from baseline) SWT 60 (95% CI 16 to 103.4), p=0.008; sit to stand 0.5 (95% CI -0.5 to 1.5), p=0.34; maximal stepping 3.0 (95% CI -1.9 to 7.7), p=0.22; handgrip strength 2.0 (95% CI 0.4 to 3.5), p=0.01 NR</p>	<p>RCT Dropouts: Ex: 43 (5 death, 27 disease progression, 11 other), C: 25 (5 death, 16 disease progression, 4 other) Cochrane score 3/5 downgraded for allocation concealment, blinding and incomplete outcome data</p>
<p>Pyszora Support Care Cancer 2017</p>	<p>Design: RCT NR Funding: Non-governmental organization Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum,</p>	<p>Eligibility criteria: Advanced cancer; intensity of fatigue ≥ 4 in a 10- point NRS (Numerical Rating Scale); survival expectancy of a month at the very least; functional status allowing</p>	<p>Intervention: Physiotherapy program. 2-weeks; six therapy sessions (three per week); 30 min per session; active exercises of the upper and lower limbs; selected techniques of myofascial release</p>	<p>ESS fatigue Ex: 4.6 (1.6), C: 6.3 (1.2), p<0.01</p>	<p>NR NR</p>	<p>RCT Dropouts: Ex: 1 death: C: 1 death Cochrane score 4/7 downgraded for blinding, unclear allocation concealment</p>

	<p>Bydgoszcz, Poland Number of centers: 1 Country: Poland Setting: Palliative care department, University hospital n=60 Inclusion dates: January 2010 - May 2011</p>	<p>the patient to participate in the proposed therapy; ≥18 years old Excluded: anaemia (haemoglobin ≤8 g/dl); the existence of comorbidities causing fatigue (e.g. multiple sclerosis, Parkinson's disease, heart failure); infection requiring antibiotics; age <18; inability to understand written and spoken Polish. Mean age: Ex: 72.4 (9.5), C: 69.3 (13.7) M:F: 21:39 Tumor types: alimentary system, urogenital system, lung, CNS, mammary gland, hematological, indefinite Tumor stages: advanced stage Palliative stage: Symptom oriented palliation Study groups did not differ significantly with respect to age, tumor location and the study site. However, a significant gender difference was observed (p=0.03).</p>	<p>(MFR); selected techniques of proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF); dedicated therapist, licensed in PNF method and trained in the application of myofascial release techniques. 2 weeks Control: no exercise</p>	<p>ESAS (12 days): Pain Ex: 1.2 (1.5), C: 1.7 (2.0), p=0.2; nausea Ex: 0.3 (0.8), C: 0.9 (2.0), p=0.1; depression Ex: 2.7 (2.1), C: 2.8 (2.6), p=0.8; anxiety Ex: 2.5 (2.1), C: 2.5 (2.5), p=0.9; drowsiness Ex: 2.3 (2.5), C: 3.8 (2.7), p<0.05; appetite 3.1 (2.5), C: 3.8 (2.8), p=0.4; well-being Ex: 3.0 (1.2), C: 5.0 (1.3), p<0.01; breathlessness Ex 0.8 (1.5), 0.9 (1.6), p=0.7</p>		
<p>Rief Radiation Oncology 2014</p>	<p>Design: RCT NCT01409720 Funding: NR NR Number of centers: 1 Country: Germany Setting: Radio oncology department, university hospital</p>	<p>Eligibility criteria: Histologically confirmed cancer of any primary and bone metastases of the thoracic or lumbar segments of the vertebral column, or of the os sacrum; age of 18 to 80 years; a Karnofsky performance score ≥ 70; already</p>	<p>Intervention: RT: resistance training; 2 weeks; 30 min. under the guidance of a physiotherapist; practice at homes three times a week and continued the resistance training themselves until the last investigation after six months.</p>	<p>EORTC QLQ-FA 13: Physical fatigue: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p= 0.637, (t0-t3) after 6 month p=0.013; Effect size (t0-t2) after 3</p>	<p>NR During the trial there were no adverse events.</p>	<p>RCT Dropouts: 3 months Ex: 5, C: 8; 6 months Ex: 12, C: 12 Cochrane score 4/7 (downgraded due to lack of blinding and incomplete outcome assessment)</p>

	<p>(Urban) n=60 Inclusion dates: September 2011-March 2013</p>	<p>initiated bisphosphonate therapy Excluded: NR Mean age: Ex: 61.3 (10.1), C: 64.1 (10.9) M:F: 33:27 Tumor types: spinal metastases of any origin Tumor stages: metastatic Palliative stage: Disease directed treatment No information about group comparability</p>	<p>2 weeks Control: Sham-like PT: physical therapy; 2 weeks; 15 min. passive physical therapy in form of breathing exercises for a period of two weeks.</p>	<p>month -0.04, (t0-t3) after 6 month -0.71; Emotional fatigue: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p= 0.796, (t0-t3) after 6 month p=0.156; Effect size (t0-t2) after 3 month -0.14, (t0-t3) after 6 month -0.35; Cognitive fatigue: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p=0.248, (t0-t3) after 6 month p=0.433; Effect size (t0-t2) after 3 month -0.24, (t0-t3) after 6 month -0.19; Interference with daily life: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p=0.093, (t0-t3) after 6 month p=0.006; Effect size (t0-t2) after 3 month -0.48, (t0-t3) after 6 month -0.91; Social sequelae: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p=0.129, (t0-t3) after 6 month p=0.363; Effect size (t0-t2) after 3 month -0.40, (t0-t3) after 6 month -0.37</p>		
--	--	---	---	---	--	--

				<p>EORTC QLQ-BM 22: Painful sites: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p=0.399, (t0-t3) after 6 month p=0.445; Effect size (t0-t2) after 3 month - 0.24, (t0-t3) after 6 month -0.43; Pain characteristics: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p=0.905, (t0-t3) after 6 month p= 0.761; Effect size (t0-t2) after 3 month - 0.09, (t0-t3) after 6 month -0.24; Functional interference: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p=0.285, (t0-t3) after 6 month p=0.081; Effect size (t0-t2) after 3 month - 0.21, (t0-t3) after 6 month -0.56; Psychosocial aspects: Treatment effect (t0-t2) after 3 month p=0.001, (t0-t3) after 6 month p=0.010; Effect size (t0-t2) after 3 month - 0.79, (t0-t3) after 6 month -0.77</p>		
--	--	--	--	--	--	--

<p>Taaffe European Urology 2017</p>	<p>Design: RCT ACTRN12609000200280 Funding: Public research funds, government National Health and Medical Research Council 534409, Prostate Cancer Foundation of Australia, Cancer Council of Western Australia, and Cancer Council of Queensland. Number of centers: NR Country: Australia Setting: Urban n=163 Inclusion dates: 2009 to September 2012</p>	<p>Eligibility criteria: Histologically documented PCa; minimum exposure to ADT of 2 mo; without prostate-specific antigen (PSA) evidence of disease activity; anticipated to receive ADT for the subsequent 12 mo Excluded: Bone metastatic disease; musculoskeletal, cardiovascular, or neurological conditions that could inhibit them from exercising; inability to walk 400m or undertake exercise; structured resistance and aerobic training in the previous 3 mo. Mean age: ILRT 68.9 (9.1); ART 69.0 (9.3); 68.4 (9.1) M:F: 163:0 Tumor types: Prostate cancer Tumor stages: localized and nodal metastases Palliative stage: Disease directed treatment There were no significant differences among groups at baseline</p>	<p>Intervention: ILRT month 1-12 (impact loading (bounding, skipping, drop jumping, hopping, and leaping activities) + resistance training (chest press, seated row, shoulder press, leg press, leg extension, and leg curl)): twice weekly in University-affiliated exercise clinics; supervised (up to 10 participants); home training twice weekly that consisted of two to four rotations of skipping/hopping/ leaping/drop jumping. Intervention: ART month 1-6: (aerobe (20–30 min of exercise at 60–75% of estimated maximal heart rate using various modes which included walking/jogging and cycling or rowing) + resistance training (as in ILRT)): supervised exercise in the clinic twice weekly; home-based aerobic activity such as walking or cycling with the goal to accumulate 150 min/wk of aerobic activity; month 7-12: home-based maintenance program 12 months Control: DEL month 1-6: (usual care/delayed exercise) were provided with a printed booklet with</p>	<p>From 0 to 12 months: ILRT 27.9 (20.7) to 22.5 (16.6), ART: 23.4 (18.1) to 17.7 (15.0), DEL: 25.8 (20.2) to 20.3 (15.3) Vitality: With training, there was no significant interaction (p=0.525); from 0-12 months: ILRT 50.0 (10.8) to 22.5 (16.6), ART: 51.5 (10.7) to 17.7 (15.0), DEL: 50.3 (10.0) to 20.3 (15.3)</p>	<p>No other differences for cardiorespiratory fitness. For muscle strength there was a significant interaction with treatment No withdrawals due to adverse effects from exercise; ILRT compressed spinal discs (n=1); ILRT shoulder issues (n=1); ART cardiovascular problems (n=2), with one requiring heart bypass surgery; ART back pain (n=1); DEL difficulty walking (n=1); DEL back surgery (n=1).</p>	<p>RCT Dropouts: Three men had missing data for fatigue and one participant had missing data for vitality Cochrane score 3/7 downgraded for blinding, unclear allocation concealment, selective reporting</p>

			information about exercise; month 7-12: twice weekly supervised exercise on a cycle ergometer at an intensity of 70% maximal heart rate and flexibility exercises in the clinic.			
Uster Clinical Nutrition 2017	Design: RCT NCT01540968 Funding: Non-governmental organization Krebsliga Schweiz (Swiss Cancer Foundation, Switzerland), Number: KFS-2833-08-2011; Werner und Hedy Berger-Janser Stiftung Number of centers: 1 Country: Switzerland Setting: Cancer center n=58 Inclusion dates: March 2012-October 2014	Eligibility criteria: Metastatic or locally advanced tumors; gastrointestinal or lung tract cancer; ECOG ≤ 2; Life expectancy >6 months Excluded: enteral tube feeding or parenteral nutrition; brain metastases or symptomatic bone metastases; ileus within the last month Mean age: 63.0 (10.1) M:F: 40:18 Tumor types: Metastatic after Colorectal; Oesophago-gastric; NSCLC; SCLC; Pancreas; Others Tumor stages: III/IV Palliative stage: NR At baseline, the groups were well-balanced with regard to demographics, diagnoses, medical characteristics and primary endpoint (p > 0.05).	Intervention: Physical exercise (alongside nutritional intervention): twice a week; groups of two to six patients; supervised by an experienced physiotherapist; 60 min/session; strength and balance training exercises; large muscle groups (arms, pectoral and abdominal muscles, lower back, thighs, and gluteal region); leg press, leg flexion, pull down, abdominal trainer and bench press; Balance training included (i) single leg stance, (ii) tandem stance, (iii) marching in place and (iii) heel raises 3 months Control: Usual care	Physical functioning (change from baseline): 3 months: Ex: 0 (3.3), C: -8.7 (3.8); 6 months: Ex: -1.2 (3.6), C: -2.0 (4.0); p=0.34 Fatigue (change from baseline): 3 months: Ex: -1.5 (4.4), C: 2.2 (5.2); 6 months: Ex: -1.3 (4.7), C: -4.9 (5.3); p=0.75 Global health (QoL) (change from baseline): 3 months: Ex: 4.5 (3.4), C: 2.7 (4.0); 6 months: Ex 5.7 (3.7), C: 2.7 (4.1); p=0.72	All other function and symptom scales were not significantly different between groups, except for nausea and vomiting (p<0.01) NR	RCT Dropouts: Ex: 4 death, 1 withdrawal, 4 death; C: 6 death, 3 withdrawal Cochrane score 4/7 (downgraded due to lack of blinding and incomplete outcome assessment)
Vanderbyl Support Care Cancer 2017	Design: RCT NCT01374100 Funding: Non-governmental organization Peter Brojde Lung Cancer Centre; Backler Foundation; Jewish General Hospital	Eligibility criteria: Scheduled or eligible for anti-cancer treatment; ECOG 0–2; life expectancy estimated at >4 months. Excluded: exercise contraindicated; active psychiatric conditions; simultaneous participation in	Intervention: Qigong: 12 group sessions; 45 mins; 6-weeks; Dedicated physiotherapist; walking exercise program; Dedicated physiotherapist; coordinated arm movements while in a state of deep relaxation or meditation; breathing	6MWT: 6 weeks: change from baseline: QG: -4.0 (45.7), SET: 73.3 (60.1), p=0.002; further physical tests not significant (speed walk, Sit-to-stand,	All other HADS sub scores not significantly different except for poor sleep p=0.03, impaired wellbeing p=0.03, weakness p=0.01)	RCT Dropouts: QG: 8, SET: 4 Cochrane score 4/7 (downgraded due to lack of blinding and incomplete outcome assessment)

	<p>Foundation; Angel Ball, Stephen and Lillian Vineberg and the Lila Sigal Hockey Marathon.</p> <p>Number of centers: 1</p> <p>Country: Canada</p> <p>Setting: Cancer center, general hospital (Urban)</p> <p>n=36</p> <p>Inclusion dates: 2009 to 2011</p>	<p>interventions to address anxiety or depressive symptoms; history of severe cardiac, neuromuscular or skeletal disease or brain metastases.</p> <p>Mean age: QG 66.1 (11.7), SET: 63.7 (7.7)</p> <p>M:F: 14:10</p> <p>Tumor types: Gastrointestinal, Lung</p> <p>Tumor stages: III/IV</p> <p>Palliative stage: Disease directed treatment</p>	<p>pattern</p> <p>Intervention: SET: Standard endurance and strength training</p> <p>intervention: either individually or in a group; Dedicated physiotherapist</p> <p>6 weeks</p>	<p>reach forward, reach up)</p> <p>FACT-G: 6 weeks: change from baseline: QG: 3.6 (6.6), SET: 3.5 (14.1), p=0.98</p> <p>HADS anxiety: 6 weeks: change from baseline: QG: -0.6 (2.1), SET: -0.4 (3.3), p=0.82</p>	NR	
--	---	---	--	--	----	--

3699
3700

COMMENTAAR

3701
3702
3703
3704
3705
3706
3707
3708
3709
3710

Uitgangsvraag 6: Psychosociale interventies

Wat zijn de effecten van psychosociale interventies in vergelijking met zorg zonder psychosociale interventie op vermoeidheid, kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren bij patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase?

Patiënten Patiënten met vermoeidheid en kanker in de palliatieve fase
Interventie psychosociale interventies
Comparator Geen psychosociale interventies
Outcome Vermoeidheid, kwaliteit van leven, (fysiek) functioneren

Systematic reviews

Study ID	II Method	III Patient characteristics	IV Intervention(s)	V Results primary outcome	VI Results secondary and all other outcomes	VII Critical appraisal of study quality
Poort Cochrane Database of Systematic Reviews 2017	Design: Cochrane review Funding: public research funds, government NIH via PaPaS and Dutch Cancer Society Databases: CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, and seven clinical trial registries Study designs: RCT N included studies: 14 (qualitative); 12 (quantitative) Search date:	Eligibility criteria: Adult patients (>=18y); incurable (advanced or metastatic) cancer; receiving some form of disease-focused treatment, such as chemotherapy, hormonal therapy, targeted therapy, immunotherapy, surgery, and/or radiation therapy. (subgroup information or >80% of total population). Excluded: Patients received terminal care (i.e. hospice or end-of-life care). Mean age: between 50 and 64 years Tumor types: all Tumor stages: Incurable cancer Palliative stage: Disease directed treatment	Intervention: Cognitive behavioural therapies (n=5); supportive-expressive group therapies (n=3); energy conservation approaches with activity management or sleep modification techniques (n=2); psychosocial support and education with methylphenidate or placebo (n=1); antidepressant medication with problem-solving therapy and behavioural activation (n=2); psychoeducational intervention consisting of education and relaxation with personal feedback (n=1). Control interventions: Usual care, no intervention (n=8); usual care, wait list condition (n=1); attentional control	Very low quality evidence for post-intervention outcome benefit on fatigue of psychosocial interventions (SMD -0.25, 95% CI) -0.50 to 0.00; p=0.05; n = 535, studies = 12; I2 = 43%)	Very low quality evidence for first FU benefit on fatigue of psychosocial interventions (SMD -0.66, 95%CI -1.00 to -0.32; p=0.0001; n = 147, studies= 4; I2 = 0%). ; Very low quality evidence for no second FU benefit on fatigue of psychosocial interventions (SMD -0.41, 95% CI -1.12 to 0.30; p= 0.26; n = 91, studies = 2, I2 = 29%); Very low-quality evidence for post-intervention benefit of psychosocial interventions for physical functioning (SMD 0.32, 95%CI 0.01 to 0.63; P = 0.04; n = 307, studies = 7; I2 = 35%). Very low quality evidence for no first FU benefit of psychosocial interventions in physical functioning (SMD 0.37, 95%CI -0.20 to 0.94; p=0.21; n = 122, studies = 2; I2 = 36%). Very low quality evidence for	Amstar score: 10/11; Risk of bias included studies: Randomization 8/14, Allocation concealment 6/14, blinding 5/14, Incomplete outcome data 8/14, selective reporting 13/14, size 1/14

			(n=3); self-directed educational intervention (n=1); educational materials about breast cancer and its treatment, relaxation, and nutrition (n=1).		no post-intervention effect of psychosocial interventions for social functioning (EORTC QLQ-C30; MD 4.16, 95%CI -11.20 to 19.53; p=0.60; n = 141, studies = 4; I2 = 55%). Very low quality evidence for no post-intervention effect of psychosocial interventions for role functioning (EORTC QLQ-C30; MD 3.49, 95%CI -12.78 to 19.76; p=0.67; n = 143, studies = 4; I2 = 52%). Very low quality evidence for no post-intervention effect of psychosocial interventions for emotional functioning (SMD -0.11, 95%CI -0.56 to 0.35; p=0.65; n = 115, studies = 3; I2 = 23%). Very low quality evidence for no post-intervention effect of psychosocial interventions for cognitive functioning (EORTC QLQ-C30 MD -2.23, 95%CI -12.52 to 8.06, p=0.67; n = 86, studies = 2; I2 = 23%). No apparent differences in adverse events in 3 studies (qualitative analysis)	
--	--	--	--	--	---	--

3711 (1)

3712 **Bijlage10 Methode ontwikkeling**

3713 De richtlijnteksten die gebaseerd zijn op uitgangsvragen, zijn opgebouwd volgens het volgende vaste
 3714 stramien: uitgangsvraag en aanbevelingen, literatuur, conclusies, overwegingen en referenties. De
 3715 evidence tabellen staan in [bijlage 9](#). De antwoorden op de uitgangsvragen (derhalve de
 3716 aanbevelingen in deze richtlijn) zijn voor zover mogelijk gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk
 3717 onderzoek.

3718 De uitgangsvragen zijn óf evidence-based (via de GRADE methodiek) óf consensus-based (zonder
 3719 systematisch literatuuronderzoek) uitgewerkt.

3720
 3721 **De GRADE-methodiek**

3722
 3723 **Selectie**

3724 Naast de selectie van studies op relevantie werd tevens geselecteerd op bewijskracht. Hiervoor werd
 3725 gebruik gemaakt van de volgende hiërarchische indeling van studiedesigns gebaseerd op
 3726 bewijskracht:

- 3727 1. Gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's)
 3728 2. Niet gerandomiseerde gecontroleerde studies (CCT's)

3729 Waar deze niet voorhanden waren werd verder gezocht naar vergelijkend cohortonderzoek.

3730
 3731 **Critical appraisal**

3732 De kwaliteit van bewijs wordt weergegeven in vier categorieën: hoog, matig, laag en zeer laag. RCT's
 3733 starten hoog en observationele studies starten laag. Vijf factoren verlagen de kwaliteit van de
 3734 evidentie (beperkingen in onderzoekopzet, inconsistentie, indirectheid, imprecisie, publicatie bias) en
 3735 drie factoren kunnen de kwaliteit van de evidentie verhogen (sterke associatie, dosis-respons relatie,
 3736 plausibele (residuele) confounding) (zie tabel 1).

3737
 3738 **Tabel 1. GRADE-methodiek voor het graderen van bewijs**

Quality of evidence	Study design	Lower if *	Higher if *
High (4)	Randomized trial	Study limitations -1 Serious	Large effect + 1 Large
Moderate (3)		-2 Very serious	+ 2 Very large
Low (2)	Observational study	Inconsistency -1 Serious -2 Very serious	Dose response + 1 Evidence of a gradient
Very low (1)		Indirectness -1 Serious -2 Very serious Imprecision -1 Serious -2 Very serious Publication bias -1 Likely -2 Very likely	All plausible confounding + 1 Would reduce a demonstrated effect, or + 1 Would suggest a spurious effect when results show no effect

3739
 3740 **Algehele kwaliteit van bewijs**

3741 Omdat het beoordelen van de kwaliteit van bewijs in de GRADE-benadering per uitkomstmaat
 3742 geschiedt, is er behoefte aan het bepalen van de algehele kwaliteit van bewijs. Zowel voor als na het
 3743 literatuuronderzoek wordt door de richtlijnwerkgroep bepaald welke uitkomstmaten cruciaal, belangrijk
 3744 en niet belangrijk zijn.

3745 Het niveau van de algehele kwaliteit van bewijs wordt in principe bepaald door de cruciale
 3746 uitkomstmaat met de laagste kwaliteit van bewijs. Als echter de kwaliteit van het bewijs verschilt
 3747 tussen de verschillende cruciale uitkomstmaten zijn er twee opties:
 3748 • De uitkomstmaten wijzen in verschillende richtingen (zowel gewenst als ongewenste effecten) of
 3749 de balans tussen gewenste en ongewenste effecten is onduidelijk, dan bepaalt de laagste kwaliteit
 3750 van bewijs van de cruciale uitkomstmaten de algehele kwaliteit van bewijs;
 3751 • De uitkomstmaten in dezelfde richting wijzen (richting gewenst of richting ongewenst effecten), dan
 3752 bepaalt de hoogste kwaliteit van bewijs van de cruciale uitkomstmaat dat op zichzelf voldoende is
 3753 om de interventie aan te bevelen de algehele kwaliteit van bewijs.
 3754

3755 **Tabel 2. Formulering conclusies op basis van kwaliteit van bewijs per uitkomstmaat**

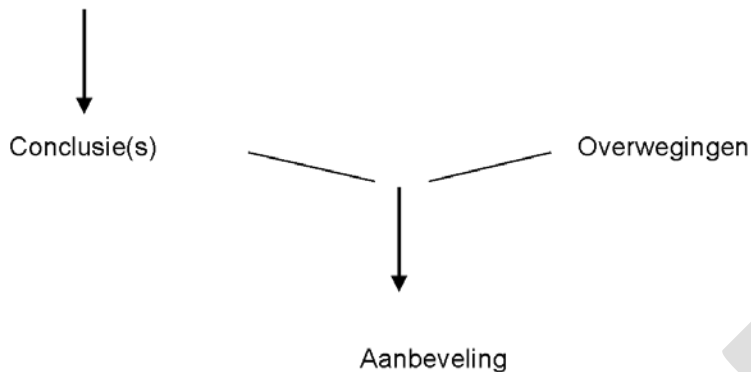
Kwaliteit van bewijs	Interpretatie	Formulering conclusie
Hoog	Er is veel vertrouwen dat het werkelijk effect dicht in de buurt ligt van de schatting van het effect.	Er is bewijs van hoge kwaliteit dat... <i>(Referenties)</i>
Matig	Er is matig vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.	Er is bewijs van matige kwaliteit dat... <i>(Referenties)</i>
Laag	Er is beperkt vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.	Er is bewijs van lage kwaliteit dat... <i>(Referenties)</i>
Zeer laag	Er is weinig vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.	Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat... <i>(Referenties)</i>
Formulering algehele kwaliteit van bewijs: hoog/matig/laag/zeer laag		

3756
 3757 **Methode voor het formuleren van 'Overwegingen'**
 3758 Naast de evidence uit de literatuur (conclusies) zijn er andere overwegingen die meespelen bij het
 3759 formuleren van de aanbeveling. Deze aspecten worden besproken onder het kopje 'Overwegingen' in
 3760 de richtlijntekst. Hierin worden de conclusies (op basis van de literatuur) geplaatst in de context van
 3761 de dagelijkse praktijk en vindt een afweging plaats van de voor- en nadelen van de verschillende
 3762 beleidsopties. De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is het resultaat van de conclusie(s) in
 3763 combinatie met deze overwegingen.

3764

Per uitgangsvraag:

Samenvatting literatuur



3765

3766

3767

Figuur 1. Van bewijs naar aanbeveling

3768

3769

3770

Bij het schrijven van de overwegingen zijn onderstaande zaken in acht genomen.

3771

1. Kwaliteit van het bewijs

3772

Hoe hoger de algehele kwaliteit van het bewijs, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

3773

3774

2. Balans van gewenste en ongewenste effecten

3775

Hoe groter het verschil is tussen de gewenste en ongewenste effecten, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling. Hoe kleiner dit verschil of hoe meer onzekerheid over de grootte van het verschil, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

3777

Toelichting:

3780

- Bespreken effectiviteit in relatie tot bijwerkingen en complicaties in het licht van de kwaliteit van bewijs, de precisie van de effectgrootte en minimaal klinisch relevant geacht voordeel.

3781

3782

- Sterkte van het effect vergeleken met geen interventie.

3783

- Aanwezigheid van comorbiditeit.

3784

- Klinisch niet relevantie van het effect.

3785

3. Patiëntenperspectief

3786

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van patiënten bij het afwegen van de voor- en nadelen van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

3787

3788

4. Professioneel perspectief

3790

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van professionals ten aanzien van de toepasbaarheid van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

3791

3792

Toelichting:

3793

- Kennis en ervaring met technieken/therapieën.
- Risico's die professional loopt bij het toepassen van de interventie.
- Verwachte tijdbesparing.
- Verlies aan tijd door het invoeren van de interventie.

3794

3795

3796

3797

3798

3799

3800 *N.B.: de hierna volgende factoren (5, 6 en 7) alleen evalueren als een positief geformuleerde*
3801 *aanbeveling wordt overwogen! Een positief geformuleerde aanbeveling is een aanbeveling waarbij*
3802 *een bepaalde interventie wel 'dient' plaats te vinden (sterk) of wel 'kan worden overwogen'*
3803 *(zwak/conditioneel). Als dat daarentegen juist niet het geval is, is sprake van een negatief*
3804 *geformuleerde aanbeveling.*

3805

3806 5. Middelenbeslag

3807 Hoe minder middelen er worden gebruikt (m.a.w. hoe lager de kosten van een interventie zijn
3808 vergeleken met de beschouwde alternatieven en andere kosten gerelateerd aan de interventie),
3809 des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke aanbeveling. Hoe meer onzekerheid
3810 over het middelenbeslag, des te waarschijnlijker wordt een conditionele aanbeveling.

3811 6. Organisatie van zorg

3812 Hoe meer onzekerheid of de geëvalueerde interventie daadwerkelijk op landelijke schaal
3813 toepasbaar is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

3814 Toelichting:

- 3815 ● De beschikbaarheid/aanwezigheid van faciliteiten & medicijnen.
- 3816 ● De wijze waarop de organisatie van de zorg aangeboden dient te worden/grootte van de
3817 verandering in de organisatie-zorgproces/infrastructuur voor implementatie.
- 3818 ● Voorbeeld: een bepaalde diagnostiek of behandeling kan alleen in bepaalde centra worden
3819 uitgevoerd in verband met de aanwezigheid van faciliteiten zoals een PET scan.

3820 7. Maatschappelijk perspectief

3821 (Juridische overwegingen/ethische overwegingen/industriële belangen/vergoeding door
3822 verzekeraars/politieke en strategische consequenties)

3823 Hoe groter de onzekerheid hierover is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een
3824 conditionele aanbeveling.

3825 Toelichting:

- 3826 ● Indien twee behandelingen even effectief zijn waarvan één behandeling wordt vergoed, zal
3827 deze laatste behandeling mogelijk de voorkeur hebben.

3828

3829 Methode voor het formuleren van aanbevelingen

3830 GRADE kent twee soorten aanbevelingen: sterke aanbevelingen of conditionele (zwakke)
3831 aanbevelingen. De sterkte van aanbevelingen reflecteert de mate van vertrouwen waarin – voor de
3832 groep patiënten waarvoor de aanbevelingen zijn bedoeld - de gewenste effecten opwegen tegen de
3833 ongewenste effecten.

3834 Formulering:

- 3835 ● Sterke aanbevelingen: Doe/geef etc. (of er dient.... te worden gegeven/gedaan)
- 3836 ● Zwakke/conditionele aanbevelingen: Overweeg..... te geven/te doen.

3837

3838 Consensus-based methodiek

3839 Naast de evidence-based uitwerking (GRADE) zijn er ook uitgangsvragen via de consensus-based
3840 methodiek uitgewerkt. Hierbij zijn de richtlijnteksten ook gebaseerd op evidence, maar is er geen
3841 systematisch literatuuronderzoek gedaan en zijn de gevonden studies niet methodologisch
3842 beoordeeld.

3843

3844

3845

3846 **Bijlage 11 Implementatie**

3847 Bevorderen van het toepassen van de richtlijn in de praktijk begint met een brede bekendmaking en
3848 verspreiding van de richtlijn.

3849 Bij verdere implementatie gaat het om gerichte interventies om te bevorderen dat professionals de
3850 nieuwe kennis en kunde opnemen in hun routines van de palliatieve zorgpraktijk, inclusief borging
3851 daarvan.

3852 Als onderdeel van elke richtlijn stelt IKNL samen met de richtlijnwerkgroep een implementatieplan op.
3853 Activiteiten en interventies voor verspreiding en implementatie vinden zowel op landelijk als regionaal
3854 niveau plaats. Deze kunnen eventueel ook op maat gemaakt worden per instelling of specialisme.

3855 Informatie hierover is te vinden op <http://www.iknl.nl/>.

3856 Het implementatieplan bij deze richtlijn is een belangrijk hulpmiddel om effectief de aanbevelingen uit
3857 deze richtlijn te implementeren voor de verschillende disciplines.

3858

3859 *Het plan wordt binnenkort toegevoegd aan de richtlijn.*

CONCEPT

3860 **Bijlage 12 Evaluatie**

3861

3862 Momenteel worden methoden voor evaluatie van richtlijnen voor de palliatieve zorg onderzocht.

CONCEPT

3863 **Bijlage 13 Kennishiaten**

3864

3865 De richtlijnwerkgroep heeft tijdens het proces van richtlijnontwikkeling kennishiaten verzameld voor de
3866 richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase.

3867 Algemeen kan gesteld worden dat er nog weinig studies van goede kwaliteit beschikbaar zijn voor dit
3868 onderwerp en dat de algehele kwaliteit van bewijs voor de conclusies laag tot zeer laag is. Dit heeft tot
3869 gevolg dat op basis van literatuuronderzoek de effectiviteit veelal nog niet kan worden aangetoond.

3870 Veel zorgverzekeraars hebben als uitgangspunt alleen behandelingen te vergoeden (waaronder o.a.
3871 psychosociale interventies), wanneer het effect van de behandeling is aangetoond. Dit komt niet ten
3872 goede aan de kwaliteit van leven voor patiënten met kanker in de palliatieve fase met vermoeidheid
3873 die mogelijk baat hebben bij de behandeling, maar daarvoor niet in aanmerking komen.

3874 Onderstaand staan de kennishiaten beschreven per uitgangsvraag, waarbij de volgorde de prioriteit
3875 aangeeft om nader onderzoek uit te voeren.

3876 De kennishiaten zijn gepubliceerd als bijlage van de richtlijn en worden aangeboden bij de
3877 onderzoeksafdeling van IKNL. Daarnaast wordt geïnventariseerd bij welke andere
3878 onderzoeksagenda's de kennishiaten worden aangeboden.

3879

3880 **Met vermoeidheid samenhangende factoren**

3881 Er is nog onvoldoende kennis beschikbaar factoren die samenhangen met de ernst van de
3882 vermoeidheid in de verschillende perioden van de palliatieve fase. Meer kennis over deze factoren,
3883 zowel somatisch, psychologisch als sociaal, kan aangrijpingspunten geven voor (nieuwe) interventies
3884 voor vermoeidheid.

3885

3886 **Psycho-educatie**

3887 Er is zeer beperkt onderzoek beschikbaar over het effect van psycho-educatie op vermoeidheid in de
3888 palliatieve fase. Er werd slechts 1 studie gevonden met bewijs van lage kwaliteit voor een positief
3889 effect van psycho-educatie op vermoeidheid. Er is een gebrek aan bewijs voor het effect van psycho-
3890 educatie op kwaliteit van leven en (fysiek) functioneren. Onderzoek is gewenst naar de effectiviteit van
3891 psycho-educatie in de verschillende periode van de palliatieve fase. Ook is weinig bekend hoe de
3892 voorlichting het beste gegeven kunnen worden en welke adviezen gegeven moeten worden. Meer
3893 kennis kan helpen om patiënten in de palliatieve fase te coachen in het omgaan met vermoeidheid.

3894

3895 **Psychosociale interventies**

3896 Voor het beantwoorden van de effectiviteit van psychosociale interventies zijn er een beperkt aantal
3897 studies beschikbaar. In deze studies zijn veelal een beperkt aantal patiënten met kanker in de
3898 palliatieve fase en met vermoeidheid geïnccludeerd. Bij het merendeel van de studies is de
3899 aanwezigheid van vermoeidheid bij patiënten voorafgaand aan de interventie geen inclusiecriteria.
3900 Onderzoek is gewenst naar vormen van psychosociale interventies die gepast zijn binnen de
3901 verschillende perioden in de palliatieve fase.

3902 Ook is er behoefte aan studies die de effectiviteit van specifieke interventies toetst voor patiënten in
3903 de palliatieve fase zoals mindfulness en cognitieve gedragstherapie. Daarbij is het ook van belang
3904 interventies te ontwikkelen die minder intensief en belastend zijn, denk bijvoorbeeld aan toepassing
3905 van e-health of minimale interventies die door specialistisch verpleegkundigen uitgevoerd kunnen
3906 worden.

3907

3908 **Beweging en lichamelijke activiteit**

3909 Vanuit de beschreven literatuur is het niet mogelijk om een eenduidig antwoord te geven op de vraag
3910 of beweging/lichamelijke training een gunstig effect heeft op vermoeidheid, kwaliteit van leven en
3911 functioneren bij patiënten met kanker in de palliatieve fase. Belangrijke knelpunten zijn de grote
3912 heterogeniteit in de bestudeerde interventies, zowel wat betreft type als duur en intensiteit. Daarnaast
3913 hebben veel studies, mede door voortijdig uitval, onvoldoende power bereikt, dan wel zijn meerdere
3914 studies opgezet als pilotstudie. Ook hebben de meeste studies vermoeidheid niet als inclusiecriteria
3915 gebruikt, waardoor niet alle patiënten bij start matig-ernstig vermoeid waren. Onderzoek is gewenst

3916 naar verschillende typen van bewegingsinterventies aangepast aan de conditie van de patiënt in de
3917 verschillende perioden van de palliatieve fase. Het is van belang de effectiviteit van interventies te
3918 onderzoeken in de groep ernstig vermoeide patiënten.

3919

3920 **Medicatie**

3921 Omdat er onvoldoende kennis is over de onderliggende pathogenese van vermoeidheid bij kanker in
3922 de palliatieve fase, is het vaak niet mogelijk op de oorzaak gerichte, specifieke behandelingen te
3923 geven. Studies zijn verricht met corticosteroiden, psychostimulantia en antidepressiva. Belangrijke
3924 knelpunten hierbij zijn voortijdige uitval en lage power. Daarbij zijn slechts enkele studies specifiek
3925 uitgevoerd met vermoeidheid als inclusiecriteria. Goed-uitgevoerde multicenter studies zijn gewenst
3926 met innovatieve strategieën aangepast aan de vaak slechte conditie van patiënten.

3927

3928 **Overige kennisvragen:**

3929 • Inzicht in de onderliggende pathogenese van vermoeidheid

3930 • Beschermende en risicofactoren van vermoeidheid

CONCEPT

3931 **Bijlage 14 Afkortingen**

3932

3933	4DKL	Vier Dimensionale Klachten Lijst
3934	BFI	Brief Fatigue Inventory
3935	CIS	Checklist Individuele Spankracht
3936	ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
3937	EORTC-QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire
3938		
3939	EORTC-QLQ-BM-22	European Organization for Research and Treatment for Quality of Life Questionnaire -Bone Metastases Module
3940		
3941	EORTC QLQ-C15-PAL	European Organization for Research and Treatment for Quality of Life Questionnaire - palliative cancer care patients.
3942		
3943	FACT	Functional Assessment of Cancer Treatment
3944	FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy - General
3945	FACIT-F	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Fatigue scale
3946	FCS	Fatigue Symptom Checklist
3947	GFS	General Fatigue Scale
3948	HADS	Hospital Anxiety and Depression
3949	MAF	Multi Assessment of Fatigue
3950	MDASI	MD Anderson Symptom Inventory
3951	MQOL	McGill Quality of Life Questionnaire
3952	MVI	Multidimensionele Vermoeidheidsindex
3953	NCCN	National Comprehensive Cancer Network
3954	QoL-ACD	Quality of Life Questionnaire for Cancer Patients Treated with Anti-Cancer Drugs
3955		
3956	POMS	Profiles of Mood States
3957	PaTz-groep	Palliatieve thuiszorg
3958	PFS	Revised Piper Fatigue Scale Intensity Subscale
3959	PROMs	Patient Reported Outcome Measures
3960	SQLI	Spitzer Quality of Life Index
3961	USD	Utrecht Symptoom Dagboek
3962	VAS	Visual Analogue Scale