

# VS.

Verpleegkundig Specialisten  
Oncologie en Palliatieve Zorg

## Samenwerken op de werkvloer

Verpleegkundig specialist  
en arts: we leren van elkaar

Financiering van een  
verpleegkundig specialist

Soms is minder zorg  
de beste zorg

november  
2019

2

1<sup>ST</sup> CDK4/6i. POWERFUL. PROVEN.

## SAMEN VORM GEVEN AAN **EEN LEVEN MET mBC**

IBRANCE bij HR+/HER2- mBC:



**Bewezen kracht** vanaf de 1<sup>e</sup> lijn met behoud van kwaliteit van leven<sup>1-7</sup>



Deskundigheidsbevordering  
**voor optimale zorg**



**Support** bij het leven met mBC

IBRANCE is geïndiceerd voor de behandeling van HR+/HER2- lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker:

- in combinatie met een aromataseremmer
  - in combinatie met fulvestrant bij vrouwen die al endocriene therapie hebben ondergaan
- Bij pre- of perimenopauzale vrouwen dient de endocriene therapie te worden gecombineerd met een LHRH-agonist

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Productinformatie elders in deze uitgave.

# VS.

Verpleegkundig Specialisten  
Oncologie en Palliatieve Zorg

## Voorwoord



**SANDRA DE BRUIJN**

verpleegkundig specialist,  
Reinier de Graaf Gasthuis, Delft



**DESI VAN DEN BOOGAARD**

verpleegkundig specialist,  
Jeroen Bosch Ziekenhuis,  
Den Bosch

Wat een mooie reacties hebben we mogen ontvangen na het verschijnen van het eerste nummer van VS. afgelopen maart! Een magazine door en voor professionals in de oncologie en palliatieve zorg, waarin het werkgebied en de wettelijke bevoegdheden van een verpleegkundig specialist helder worden gepresenteerd. Het was een feest van herkenning en steunbetuigingen, terwijl dit magazine ook aanleiding gaf tot vragen vanuit het veld. Voor de redactie voldoende stof voor dit najaarsnummer, waarin bevlogen verpleegkundig en medisch specialisten en managers aan het woord komen om bij te dragen aan het juiste beeld van 'de verpleegkundig specialist als *T-shaped-professional*' die excelleert op het raakvlak van *cure & care*.

'Korte lijnen' in de communicatie rondom de patiënt; 'het gebruik van een keuzehulp' en 'monitoren van angstsymptomen', zijn thema's die u zeker zullen aanspreken. Op het gebied van positionering is sprake van '*work in progress*' waarin verpleegkundig specialisten leiderschap tonen. Verpleegkundig specialisten zijn op verschillende wijzen gepositioneerd binnen zorginstellingen, huisartsenpraktijken of transmuraal. Bestuurders dienen over kennis en visie te beschikken zodat de verpleegkundig specialist volledig tot zijn recht komt. Het visiedocument Netwerk VSO (*pagina 46*) ondersteunt deze ontwikkeling, terwijl ook het kritische gesprek gevoerd mag worden over de financiering van verpleegkundig specialisten in een zorginstelling. Het interview met manager bedrijfsvoering Eric Smits beschrijft bijvoorbeeld de wijze waarop een business case voor het aanstellen van een verpleegkundig specialist in opleiding (vios) kan worden opgesteld.

Hoewel er momenteel meer dan 4.000 verpleegkundig specialisten BIG-geregistreerd zijn in Nederland, blijft het Capaciteitsorgaan actief in het verkennen van de toekomstige zorgvraag en -aanbod. Naast adviezen over opleidingscapaciteit voor huisartsen en medisch specialisten, wordt nu ook de balans gezocht voor verpleegkundig specialisten.

Er wachten ons grote uitdagingen op het gebied van de toename van het aantal geriatrische patiënten, de complexiteit van zorg, kostenbeheersing en hoge kwaliteitseisen in onze huidige gezondheidszorg. Juist daar liggen de mogelijkheden om kennis en kunde van medisch en verpleegkundig specialisten te bundelen in interdisciplinaire samenwerking. 'Shared care' lijkt een mooie benaming die de oncologie en palliatieve zorg zo goed past. Dat impliceert dat een verpleegkundig specialist als zelfstandige (mede-) behandelaar juist wordt ingezet in het veld waarmee alle competenties van deze professional worden benut ten behoeve van de zorg voor de patiënt!

We wensen u veel leesplezier!

**Sandra de Bruijn en Desi van den Boogaard**



**6**

Korte lijn naar de sarcoomgroep

**10**

Verpleegkundig specialist en arts: we leren van elkaar



**18**

Financiering van een verpleegkundig specialist



**29**

Soms is minder zorg de beste zorg

# Inhoud

- 3** Voorwoord
- 6** Korte lijn naar de sarcoomgroep  
Interview met Anne Miek Koenen, Winan van Houdt en Winette van der Graaf
- 10** Verpleegkundig specialist en arts: we leren van elkaar  
Interview met Franka Alofs en Johan Janssen
- 14** Een keuzehulp wijst de weg naar zorg op maat  
Interview met Michiel Hageman
- 18** Financiering van een verpleegkundig specialist  
Interview met Eric Smits
- 22** De arts en de verpleegkundig specialist zijn echt complementair aan elkaar  
Interview met Agnes Jager
- 26** Fit op de werkvloer: (laten) zorgen voor jezelf  
Interview met Coen Völker
- 29** Soms is minder zorg de beste zorg  
Interview met Eric Geijteman
- 33** Vakgroep Palliatieve Zorg  
Interview met Mascha Juffermans en Jan Willem de Jong
- 36** Palliatieve zorg in de regio: volg de patiënt  
Interview met Josien Schoo en Patricia van Mierlo
- 39** Palliatieve patiënten met kanker hebben baat bij systematisch monitoren van symptomen van angst  
Interview met Daniëlle Zweers
- 42** Masterthesis  
Anja van Wijk-van Buuren en Barbara Hoskam
- 44** Actieve leden nodig voor netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie  
Interview met Emmy Harms
- 46** Visiedocument netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie: verbinden & inspireren  
Sylvia Verhage en Jaap Kappert
- 48** Capaciteit opleiding verpleegkundig specialisten: op zoek naar balans  
Interview met Ellen Dankers-de Mari
- 50** Agenda en colofon

**36**

Palliatieve zorg  
in de regio:  
volg de patiënt





# Korte lijn naar de sarcoomgroep

De verpleegkundig specialist kan voor de behandelaars in de oncologie een belangrijke spelfunctie vervullen. Internist-oncoloog prof. dr. Winette van der Graaf en chirurg-oncoloog dr. Winan van Houdt van het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam zien de meerwaarde van deze professional heel duidelijk. Verpleegkundig specialist Anne Miek Koenen kan haar functie in dit ziekenhuis over de volle breedte vervullen. En ze kan een belangrijke rol spelen in de verdieping van het zorgpad Sarcomen waarvoor Van Houdt zich hard maakt.

In de oncologische zorg heeft de verpleegkundig specialist een vaste plaats verworven binnen het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam. Zo ook binnen het zorgpad Sarcomen, waarvoor Anne Miek Koenen een van de drie beschikbare verpleegkundig specialisten is. “Samen met mijn collega’s ben ik de vaste contactpersoon voor de patiënt, ongeacht het behandeltraject dat die doorloopt”, vertelt ze. “Ik doe dit echter niet alleen voor sarcomen, want dat is een zeldzame tumorsoort met bovendien meer dan zeventig varianten, het zorgpad ervoor is ook nog redelijk globaal. Ik werk ook als verpleegkundig specialist voor de melanoomchirurgie.”

Vanwege de heterogeniteit van sarcomen is het vooral zaak snel te kunnen schakelen en communicatie en afspraken met de patiënt tussen de behandelaars snel en volledig over te dragen, stelt Winette van der Graaf. “Typisch de logistieke functie waarin de verpleegkundig specialist tot haar recht komt”, zegt ze.

## Uitdaging

Winan van Houdt: “Tot een goed zorgpad komen voor sarcomen is inderdaad uitdagend, omdat het zo’n zeldzame tumorsoort is met zoveel varianten. Toch willen we er wel degelijk verdieping in gaan brengen. Mijn voorganger heeft een goede basis gelegd en ik wil die verder uitwerken. We willen komen tot meer duidelijkheid per sarcoomtype in zowel diagnostiek als behandeling. Soms is chemotherapie nodig, soms niet. Niet altijd is hetzelfde type scan nodig. Soms is een uitgebreide CT-scan nodig, soms willen we aanvullende moleculaire tests op het tumormateriaal doen. Dat alles willen we

V WINAN VAN HOUDT



FOTO ANTONI VAN LEEUWENHOEK



FOTO ANTONI VAN LEEUWENHOEK

#### ▲ ANNE MIEK KOENEN

echt beter op papier hebben. Niet eenvoudig, want het werk van de patholoog voor weefseldiagnostiek vergt tijd en soms moet het materiaal ook uit een ander ziekenhuis komen waar de patiënt al in behandeling was.”

Het zorgpad kan ook partieel worden geüpdatet, stelt hij, zoals tegenwoordig ook met richtlijnen wel gebeurt. “Maar hoe we het ook gaan aanpakken, wat we in ieder geval moeten voorkomen is dat het leidt tot protocollair werken. Een zorgpad moet een hulpmiddel zijn.” De verdere verfijning van het zorgpad Sarcomen is een traject waarin de verpleegkundig specialist beslist een rol kan spelen, stelt hij. Hij vertelt: “Anne Miek is daarbij voor mij een ideale sparringpartner, omdat ze hier al lang rondloopt en de logistieke processen kent. De kennis daarvan kunnen we goed gebruiken als we voor de patiënt tot versnelling willen komen in diagnostiek, in uitslagen van onderzoek en in het vervolgtraject.”

#### Waardevolle aanvulling

Zowel Van der Graaf als Van Houdt omschrijft de verpleegkundig specialist als de constante factor. “De spil tussen de disciplines”, verduidelijkt de laatste, “de radiologen, de internist-oncologen, de pathologen en de chirurgen. De verpleegkundig specialist vangt vanaf het eerste contact met de patiënt heel veel af voor ons, ook de

**Koenen:** “Er is bijna geen tumorgroep meer waarbij maar één verpleegkundig specialist betrokken is, het is echt ingebed in de structuur van dit ziekenhuis”

voorbereiding voor het multidisciplinair overleg bijvoorbeeld. Het scheelt enorm, we kunnen focussen op ons werk.” Van der Graaf vult aan: “Bovendien hoort de verpleegkundig specialist dingen van de patiënt die wij soms niet te horen krijgen. Dat kan een waardevolle aanvulling zijn.”

Niet voor niets wordt de verpleegkundig specialist wel omschreven als een *T-shaped* beroepsbeoefenaar. Hierin staat de horizontale lijn van de T voor de generalistische bekwaamheden (wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding, regievoerend behandelaar, kwaliteit van zorg ontwikkelen en leiderschap tonen). De verticale lijn staat voor de specialistische bekwaamheden van de verpleegkundig specialist als zelfstandig behandelaar. Koenen stelt haar rol als verpleegkundig specialist over de volle breedte te kunnen invullen. “Ik volg de patiënt van begin tot eind van het behandeltraject”, vertelt ze, “en kan vragen over de behandeling of bijwerkingen afhandelen en de weg wijzen naar psychosociale ondersteuning. Belangrijk hierbij voor de patiënt is dat ik meer tijd heb voor een gesprek dan de behandelaar.

#### ▼ WINETTE VAN DER GRAAF



FOTO ANTONI VAN LEEUWENHOEK

Ook kan ik informatie geven over nieuwe geneesmiddelen, want de kennis hierover heb ik uit het ziektebeloop of kan ik bij de behandelbaar halen. Bij spoed ben ik direct beschikbaar voor de patiënt. De lijnen naar de sarcomegroep zijn kort, en ik maak ook deel uit van het multidisciplinair overleg. Als het om inclusie van patiënten in studies gaat, ken ik de achtergrond, omdat ik bij de fase 1-studies betrokken was. Ik verzorg de gehele logistiek die bij een studie komt kijken. Voor de evaluatie komt de patiënt terug bij de hoofdbehandelaar, maar alle bezoeken in het tussenliggende traject vanaf de inclusie zijn goed geprotocolleerd en kunnen dus door de verpleegkundig specialist worden gedaan.”

**Nog steeds druk**

Dit is wel typerend voor het Antoni van Leeuwenhoek, zegt ze: “Er is bijna geen tumorgroep meer waarbij maar één verpleegkundig specialist betrokken is, het is echt ingebed in de structuur van dit ziekenhuis. Hier werken nu 54 verpleegkundig specialisten. Maar ik weet dat het in andere ziekenhuizen ook wel anders kan zijn.”

Van der Graaf herkennt dit laatste. “Je ziet ook wel dat casemanagers worden ingezet”, zegt ze, “maar die hebben toch een andere taakomschrijving. Ook in Engeland, waar ik eerder heb gewerkt, waren de taken van verpleegkundig specialisten wat anders dan in ons land. In ziekenhuizen in Nederland waar ik eerder werkte, waren beslist minder verpleegkundig specialisten. Maar hun aantal neemt toe, dat is een goede ontwikkeling.” Toch is het werk van de medisch

**Van Houdt: “Maar hoe we het ook gaan aanpakken, wat we in ieder geval moeten voorkomen is dat het leidt tot protocolair werken. Een zorgpad moet een hulpmiddel zijn.”**

specialisten hierdoor niet minder druk geworden, stelt ze. Ze verduidelijkt: “De patiëntenpopulatie wordt complexer, patiënten leven langer doordat de behandelingen steeds beter worden. Vaak hebben patiënten al een eerder ziekteproces achter de rug, soms ook met chemotherapie of bestraling. Ze zijn ook mondiger geworden. En we hebben - zeker in de grote steden - natuurlijk te maken met veel verschillende nationaliteiten, wat in de communicatie soms een uitdagende factor kan zijn. Het vraagt dan meer tijd om elkaar goed te begrijpen.”

Van Houdt herkent het beeld van het steeds complexer worden van de oncologische zorg zeker. “Toch scheelt de aanwezigheid van de verpleegkundig specialist mij zeker tijd”, zegt hij, “en het heeft een positieve invloed op de kwaliteit van zorg.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

**Verkorte productinformatie IBRANCE** (opgesteld: september 2018).

**De volledige productinformatie (SPC) is op aanvraag verkrijgbaar.**

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. **Samenstelling:** IBRANCE bevat als werkzame stof palbociclib en is verkrijgbaar als 75, 100 en 125 mg harde capsules, met respectievelijk 75, 100 en 125 mg palbociclib. **Indicaties:** IBRANCE is geïndiceerd voor de behandeling van hormoonreceptor-positieve (HR-positieve), humane epidermale-groei-factorreceptor 2-negatieve (HER2-negatieve) lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker. ● in combinatie met een aromataseremmer; ● in combinatie met fulvestrant bij vrouwen die eerder hormoonbehandeling hebben gehad. Bij pre-/perimenopauzale vrouwen dient de hormoonbehandeling te worden gecombineerd met een luteïniserend hormoon-releasing hormoon-agonist (LHRH-agonist). **Farmacotherapeutische categorie:** Antineoplastische middelen, proteïnekinaseremmers, ATC code: L01XE33. **Dosering:** Behandeling met IBRANCE dient te worden gestart door en onder toezicht te staan van een arts die ervaring heeft met het gebruik van geneesmiddelen tegen kanker. De aanbevolen dosis is eenmaal daags 125 mg palbociclib gedurende 21 opeenvolgende dagen gevolgd door 7 dagen zonder behandeling (schema 3/1). Deze periodes vormen samen een volledige cyclus van 28 dagen. **Dosisaanpassingen:** Het wordt aangeraden de dosis IBRANCE aan te passen gebaseerd op de individuele veiligheid en verdraagbaarheid. **Wijze van toediening:** IBRANCE dient met voedsel te worden ingenomen, bij voorkeur een maaltijd. Palbociclib dient niet met grapefruit of grapefruitsap te worden ingenomen. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Gebruik van preparaten die sint-janskruid bevatten. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Pre-/perimenopauzale vrouwen. Ovariumablatie of suppressie met een LHRH-agonist is verplicht wanneer IBRANCE in combinatie met een aromataseremmer wordt toegediend aan pre-/perimenopauzale vrouwen, vanwege het werkingsmechanisme van aromataseremmers. Palbociclib in combinatie met fulvestrant bij pre-/perimenopauzale vrouwen is alleen onderzocht in combinatie met een LHRH-agonist. **Eerste viscerale ziekte:** De werkzaamheid en veiligheid van palbociclib zijn niet onderzocht bij patiënten met ernstige viscerale ziekte. **Hematologische stoornissen:** Dosisonderbreking, dosisverlaging of het uitstellen van de start van de behandelingscyclus wordt aanbevolen bij patiënten die neutropenie grad 3 of 4 ontwikkelen. Adequate controle dient uitgevoerd te worden. **Infecties:** Omdat IBRANCE myelosuppressieve eigenschappen heeft, kunnen patiënten vatbaarder zijn voor infecties. Patiënten dienen te worden gecontroleerd op tekenen en symptomen van infectie en te worden behandeld zoals medisch is aangewezen. **Artsen** dienen patiënten erop te wijzen dat zij episodisch van koorts direct melden. **Leverinsufficiëntie:** Dien IBRANCE met voorzichtigheid toe aan patiënten met matige of ernstige leverinsufficiëntie, onder nauwlettende controle op tekenen van toxiciteit. **Nierinsufficiëntie:** Dien IBRANCE met voorzichtigheid toe aan patiënten met matige of ernstige nierinsufficiëntie, onder nauwlettende controle op tekenen van toxiciteit. **Geliktijdige behandeling met remmers of inductoren van CYP3A4:** Sterke remmers van CYP3A4 kunnen tot een verhoogde toxiciteit leiden. Geliktijdig gebruik van sterke CYP3A4-remmers dient vermeden te worden tijdens behandeling met palbociclib. Geliktijdige toediening dient alleen na zorgvuldige evaluatie van de potentiële risico's en baten te worden overwogen. Als geliktijdige toediening van een sterke CYP3A4-remmer niet te vermijden is, verlaag dan de dosis IBRANCE tot eenmaal daags 75 mg. Wanneer de toediening van de sterke remmer wordt gestaakt, verhoog dan de dosis IBRANCE (na 3-5 halfwaardetijden van de remmer) tot de dosis die uóór het instellen van de sterke CYP3A4-remmer werd gebruikt. Geliktijdige toediening van CYP3A4-inductoren kan leiden tot verlaagde blootstelling aan palbociclib en dientengevolge een risico op uitblijven van werkzaamheid. Daarom dient geliktijdig gebruik van palbociclib en sterke CYP3A4-inductoren te worden vermeden. Er zijn geen dosisaanpassingen nodig voor geliktijdige toediening van palbociclib met matige CYP3A4-inductoren. **Vrouwen die zwanger kunnen worden of hun partner:** Vrouwen die zwanger kunnen worden of hun mannelijke partners moeten zeer effectieve anticonceptie gebruiken zolang zij IBRANCE innemen. **Lactose:** Dit geneesmiddel bevat lactose. Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, Lapp lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Bijwerkingen:** Zeer vaak (> 1/10): infecties, neutropenie, leukopenie, anemie, trombocytopenie, verminderde eetlust, stomatitis, misselijkheid, diarree, braken, huiduitslag, alopecia, vermoeidheid, asthenie, pyrexie. Vaak (> 1/100, < 1/10): febriele neutropenie, dysgeusie, wazig zien, toegenomen tranproductie, droge ogen, bloedneus, droge huid, ALAT verhoogd, ASAT verhoogd. **Afleveringsstatus:** UPR. **Verpakking:** IBRANCE 75, 100 en 125 mg is verkrijgbaar in blisterverpakkingen met 7 harde capsules. Elke doos bevat 21 harde capsules. **Registratienummers:** EU/1/16/114/001, 003, 005. **Vergoeding en prijzen:** De kosten voor IBRANCE zijn declarabel voor ziekenhuizen via de act-on regeling. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-index taxen. **Voor medische informatie over dit product belt u met 0800-MEDINFO (6334636). Registratiehouder:** Pfizer Europe MA EIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brussel, België. **Neem voor correspondentie en inlichtingen contact op met de lokale vertegenwoordiger:** Pfizer bv, Postbus 37, 2900 AA Capelle a/d IJssel.

**Referenties:** 1. IBRANCE Samenvatting van Productkenmerken, november 2018. 2. Finn RS, et al. NEJM 2016;375(20):1925-1936. 3. Cristofanilli M, et al. Lancet Oncol 2016;17(4):425-439. 4. Rugo HS, et al. Breast Cancer Res Treat 2018; https://doi.org/10.1007/s10549-018-05125-4. 5. Turner NC, et al. Epub N Engl J Med 20 Oct 2018. Epub ahead of print. 6. Harbeck N, et al. Ann Oncol 2016;27(6):1047-54. 7. Rugo HS, et al. Ann Oncol 19 Jan 2018. Epub ahead of print.

**Pfizer Oncology** PP-IBR-NLD-0387

**IBRANCE** palbociclib

**Verkorte productinformatie Lynparza® 100 mg / 150mg, filmomhulde tabletten** (juni 2019). ▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermeedelijke bijwerkingen te melden. **Farmacotherapeutische groep:** antineoplastische middelen, andere antineoplastische middelen. **ATCcode:** L01XX46. **Indicatie:** Ovariumcarcinoom/Lynparza is geïndiceerd als monotherapie voor de 1e onderhoudbehandeling van volwassen patiënten met gevorderd (FIGO stadium III en IV), BRCA1/2-gemuteerd (kiembaan en/of somatisch) hooggradig epitheliale ovarium-, tuba- of primair peritoneaal carcinoom die een respons (volledige of partiële) vertonen na platinabevattende chemotherapie. Borsstkanker: Lynparza is geïndiceerd als monotherapie voor de behandeling van volwassen patiënten met kiembaan BRCA1/2-mutaties, die HER2-negatieve lokaal gevorderde of gemetastaseerde borsstkanker hebben. Patiënten moeten eerder zijn behandeld met een antineoplastic en een taxaan in de (pre)operatieve of gemetastaseerde setting tenzij patiënten niet geschikt waren voor deze behandelingen. Patiënten met hormoonreceptor-positieve borsstkanker moeten ook progressie hebben vertoond tijdens of na eerdere endocriene therapie of beschouwd worden als ongeëschikt voor endocriene therapie. **Dosering:** Voorafgaand aan een eerstelijns onderhoudbehandeling voor hooggradig epitheliale ovarium-, tuba- of primair peritoneaal carcinoom moet zijn vastgesteld dat er sprake is van schadelijke of vermeedelijk schadelijke kiembaan en/of somatische mutaties in BRCA1/2. Voor kiembaan BRCA1/2-gemuteerde HER2-negatieve, gemetastaseerde borsstkanker, moet bij patiënten zijn vastgesteld dat er sprake is van een schadelijke of vermeedelijk schadelijke gBRCA1/2-mutatie voorafgaand aan de start van behandeling met Lynparza. De aanbevolen dosis Lynparza voor alle indicaties is 200 mg (twee tabletten van 150 mg) tweemaal daags, wat equivalent is aan een totale dagelijkse dosis van 600 mg. Patiënten met platinasensitief recidief hooggradig epitheliale ovarium-, tuba- of primair peritoneaal carcinoom die een respons (volledig of partiële) vertonen op platinabevattende chemotherapie, dienen de behandeling met Lynparza niet later dan 8 weken na voltooiing van hun laatste dosis platinabevattend regime te starten. Eerstelijns onderhoudbehandeling voor BRCA-gemuteerd gevorderd ovariumcarcinoom: Patiënten kunnen de behandeling voortzetten tot radiologische ziekteprogressie, onaanvaardbare toxiciteit of tot maximaal 2 jaar als er na een behandeling van 2 jaar geen radiologisch bewijs is van ziekte. Patiënten met bewijs van ziekte na 2 jaar die naar mening van de behandelende arts verder voortdurend kunnen behalen uit het voortzetten van de behandeling kunnen langer dan 2 jaar worden behandeld. Onderhoudbehandeling van platinasensitief recidiverend ovariumcarcinoom en behandeling van gBRCA1/2-gemuteerde HER2-negatieve gemetastaseerde borsstkanker: Het wordt aangeraden de behandeling voort te zetten tot progressie van de onderliggende ziekte of totald onaanvaardbare toxiciteit optreedt. Er zijn geen gegevens met betrekking tot de werkzaamheid of veiligheid van herhaalde onderhoudbehandeling met Lynparza na een eerste of opvolgend recidief bij patiënten met ovariumcarcinoom of over herhaalde behandeling van patiënten met borsstkanker. Lynparza tabletten (100 mg en 150 mg) dienen niet op milligram-op-milligram basis gesubstitueerd te worden door Lynparza capsules (150 mg) omwille van de verschillen in de dosering en biologische beschikbaarheid van elke formulering. Daarom dienen de specifieke dosisaanbevelingen voor elke formulering te worden gevolgd. De behandeling kan worden onderbroken om bijwerkingen zoals nausea, braken, diarree en anemie onder controle te krijgen en te doseren/verlaging kan worden overwogen. In het geval van dosisverlaging is de aanbevolen dosis tweemaal daags 250 mg (equivalent aan een totale dagelijkse dosis van 500 mg). Als er een verdere dosisverlaging nodig is, wordt aanbevolen de dosis te verlagen naar tweemaal daags 200 mg (equivalent aan een totale dagelijkse dosis van 400 mg). Geliktijdig gebruik van sterke of matige CYP3A4-remmers wordt niet aanbevolen en alternatieve middelen dienen te worden overwogen. Wanneer een sterke CYP3A4-remmer geliktijdig moet worden toegediend, moet de aanbevolen dosis Lynparza te verlagen naar 100 mg (equivalent aan een totale dagelijkse dosis van 200 mg). Wanneer een matige CYP3A4-remmer geliktijdig moet worden toegediend, wordt aanbevolen om de dosis Lynparza te verlagen naar tweemaal daags 150 mg (equivalent aan een totale dagelijkse dosis van 300 mg). Bij patiënten met matige nierinsufficiëntie is de aanbevolen dosis Lynparza tweemaal daags 200 mg (equivalent aan een totale dagelijkse dosis van 400 mg). Lynparza wordt niet aanbevolen voor gebruik bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie of met nierziekte in het eindstadium. Lynparza wordt niet aanbevolen voor gebruik bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie (Child-Pugh classificatie C). Lynparza is bedoeld voor oraal gebruik. De Lynparza tabletten dienen in hun geheel te worden doorgeslikt en mogen niet worden vermalen of gekruist. **Interacties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Borstvoeding gedurende de behandeling en gedurende 1 maand na de laatste dosis. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Er is hematologische toxiciteit gemeld bij patiënten die werden behandeld met Lynparza, waaronder klinische diagnoses en/of laboratoriumbevindingen van meestal lichte of matige ernstige anemie (CTCAE-graad 1 of 2), neutropenie, trombocytopenie en lymfopenie. Patiënten mogen pas starten met de behandeling met Lynparza nadat zij hun eerstelijns hematologische toxiciteit veroorzaakt door een eerdere anti-kankerbehandeling (afzonderlijk of voor hemoglobine-, plaatjes- en neutrofielenconcentratie < CTCAE-graad II). Als een patiënt ernstige hematologische toxiciteit ontwikkelt of afneemt, wordt aanbevolen de behandeling met Lynparza te onderbreken of te stoppen. Als patiënten nieuwe ademhalingsproblemen zoals dyspneu, hoest en koorts ontwikkelen of als deze symptomen verergeren, of als er bij radiologisch onderzoek van de borst een abnormaliteit wordt gevonden, dient de behandeling met Lynparza te worden onderbroken en dient er onmiddellijk een onderzoek te worden gestart. Als wordt vastgesteld dat er sprake is van pneumonitis, dient de behandeling met Lynparza te worden stopgezet en de patiënt op de juiste wijze te worden behandeld. Lynparza mag niet worden gebruikt tijdens de zwangerschap. Vrouwen die zwanger kunnen worden, moeten twee vormen van betrouwbare anticonceptie gebruiken voor aanvang van de behandeling met Lynparza, tijdens de behandeling en gedurende 1 maand na inname van de laatste dosis Lynparza. Twee zeer doeltreffende en complementaire vormen van anticonceptie worden aanbevolen. Voor vrouwen met hormoonafhankelijke kanker, moeten twee niet-hormonale methoden van anticonceptie worden overwogen. Mannelijke partners en hun vrouwelijke partners die zwanger kunnen worden, moeten betrouwbare anticonceptie gebruiken tijdens de behandeling en gedurende 3 maanden na inname van de laatste dosis Lynparza. Mannelijke partners mogen geen sperma doneren tijdens behandeling en gedurende 3 maanden na de laatste dosis Lynparza. Lynparza heeft geringe invloed op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen. **Interacties:** De aanbevolen monotherapie/dosis Lynparza is niet geschikt om in combinatie met myelosuppressieve geneesmiddelen tegen kanker te worden gebruikt. Indien Lynparza wordt toegediend in combinatie met vaccins of immunosuppressieve middelen dient de nodige voorzichtigheid in acht genomen te worden. Geliktijdige toediening van Lynparza met sterke bv. itraconazol, telitromine, claritromycine, propepsineremmers, versterkte ritonavir of co-trimoxazol, boceprevir, telaprevir of matige (bv. erythromycine, diltiazem, fluconazol of verapamil) CYP3A4-remmers is niet aanbevolen evenals het consumeren van grapefruit/sap. Het wordt aangeraden om het gebruik van CYP3A4-inductoren (bv. fenytoïne, rifampicine, rifapentine, carbamazepine, nefiraviprone, fenobarbital, efavirenz, rifabutine en sint-janskruid) te vermijden tijdens de behandeling met Lynparza. Er is voorzichtigheid geboden wanneer gevoelige substraten van CYP3A4 of substraten van een nieuw therapeutisch bereik (bv. simvastatine, cisapride, ciclosporine, ergotalkaloiden, fenylfan, pimozide, sibutramin, tacrolimus en quetiapine) worden gecombineerd met olaparib. De werkzaamheid van bepaalde hormonaal actieve anticonceptiva kan afnemen als deze tegelijkertijd met olaparib worden toegediend. **Geschiedte klinische observatie:** De aanbevelingen bij patiënten die substraten van P-gp (bv. simvastatine, pravastatine, dabigatran, digoxine, colchicine) geliktijdig met Lynparza toegediend krijgen. Het kan niet worden uitgesloten dat olaparib de blootstelling aan substraten van BCRP (bv. methotrexate, rosvastatine), OATP1B1 (bv. bosentan, glibenclamide, repaglinide, statines en valsartan), OCT1 (bv. metformine), OCT2 (bv. serumcreatinine), DAT3 (bv. furosemide en methotrexate), MATE1 (bv. metformine en MATE2K (bv. metformine) kan verhogen. Voorzichtigheid is met name geboden als olaparib in combinatie met een statine wordt toegediend. **Bijwerkingen:** Vaak: trombocytopenie, CTCAE < graad 3, vaak: leukopenie, CTCAE < graad 3, vaak: verminderde eetlust, CTCAE < graad 3, soms: hoofdpijn en duizeligheid (alle twee CTCAE < graad 3, soms), dyspnoe, braken, diarree en nausea (alle drie CTCAE < graad 3, soms), dyspepsie, bovenbuikpijn (CTCAE < graad 3, soms), vermoeidheid (voornamelijk asthenie) (CTCAE < graad 3, vaak), hoest (CTCAE < graad 3, soms), dyspnoe (CTCAE < graad 3, vaak), vaak (< 1/10, > 1/100): lymfopenie (CTCAE < graad 3, soms), rash, stomatitis (CTCAE < graad 3, soms), toename van bloedcreatinine (CTCAE < graad 3, soms), soms (> 1/1000, < 1/100): overgevoeligheid, dermatitis, verhoging van gemiddeld corpuscularis volume. **Afleveringsstatus:** UPR. **Uitgebreide productinformatie:** wordt verwezen naar de ORD-text en de ORD-text www.azstrazeneca.nl. Voor overige informatie en literatuurservice: AstraZeneca BV, Postbus 599, 2700 AN Zoetermeer, tel. 079 363 2222.

NL3925 - 01/04/2021

**AstraZeneca** **MSD** **Lynparza** olaparib tabletten 150 mg



# Hand-voetsyndroom komt vaker voor dan gedacht

Veel artsen onderschatten hoe vaak behandeling met capecitabine bij coloncarcinoom leidt tot hand-voetsyndroom. Dat blijkt uit een enquête die de Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG) hield onder haar leden.

Onderhoudstherapie met capecitabine verbetert de uitkomsten van patiënten met gemetastaseerd colorectaalcarcinoom (mCRC).<sup>1</sup> Dit heeft wel als gevolg dat mensen langduriger worden blootgesteld aan de bijwerkingen. Hand-voetsyndroom (HVS) is een van de frequentste bijwerkingen van capecitabine. De huid van de handpalmen en voetzolen kan daarbij rood worden, zwellingen vertonen en gaan schilferen. Soms treedt ook blaarvorming op, wat zeer pijnlijk kan zijn. Bij langdurig optreden kunnen deze klachten, ook als ze laaggradig zijn, een behoorlijke impact hebben op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.

Een alternatief oraal fluoropyrimidine is S-1. De SALTO-studie liet bij Nederlandse patiënten zien dat S-1 significant minder HVS geeft dan capecitabine, zonder aanwijzingen voor een verschil in werkzaamheid.<sup>2,3</sup> Wat echter opviel in die studie was dat zowel bij S-1 als bij capecitabine vaker HVS werd gezien dan normaal wordt gerapporteerd. Het zou kunnen dat er in de studie beter naar gekeken werd, en dat dit probleem in de dagelijkse praktijk wordt onderschat.

## INCIDENTIE ONDERSCHAT

Daarom vroeg de DCCG in een enquête naar de incidentie, ernst en behandeling van HVS bij patiënten met CRC. Van de 53 internist-oncologen die de enquête invulden (66% respons) ziet de meerderheid 25 tot 100 CRC-patiënten per jaar. Wat opviel was de grote variatie in de gerapporteerde incidentie van HVS. Volgens sommigen kwam het vaak voor (>75% van de patiënten), anderen zagen het veel minder vaak (<25% van de patiënten) of zelfs bijna nooit. Ter vergelijking: in

de SALTO-studie kwam HVS (in alle graderingen) voor bij 73% van de patiënten die behandeld werden met capecitabine. Dit geeft aan dat in de dagelijkse praktijk een deel van de artsen de incidentie van HVS onderschat. Mogelijk geven patiënten zelf ook niet altijd aan dat ze er last van hebben, omdat ze bang zijn voor een minder effectieve behandeling bij dosisuitstel of -reductie, of omdat ze de klachten niet in verband brengen met de



behandeling. Ook kan het lastig zijn om HVS te onderscheiden van perifere neuropathie, een mogelijke bijwerking van oxaliplatine dat in het begin van de behandeling vaak gelijktijdig met capecitabine wordt gegeven.

## AANBEVELING

Bij dosisuitstel of -reductie kan HVS binnen enkele weken verminderen of verdwijnen. Ook kan smeren met een vette zalf helpen om de symptomen te verminderen. Bij ernstige of

aanhoudende klachten van HVS is overstappen naar S-1 een optie. Mede op basis van de SALTO-studie wordt S-1 momenteel in Nederland vergoed voor de behandeling van patiënten met gemetastaseerd colon- en gemetastaseerd mammacarcinoom bij intolerantie voor capecitabine, zoals HVS of cardio-toxiciteit.<sup>4</sup> Daarnaast is er een vergoeding voor de behandeling van gevorderd maagcarcinoom in combinatie met cisplatine.

Uit de DCCG-enquête bleek dat bij klachten van HVS de meeste artsen in eerste instantie kiezen voor dosisuitstel en -reductie, en bij ernstigere klachten overstappen op een ander fluoropyrimidine of een regime zonder fluoropyrimidine. Dat komt deels overeen met de aanbeveling van de DCCG: bij het eerste optreden van graad 2-HVS de dosis uitstellen, bij een tweede optreden van graad 2- of bij graad 3-HVS de dosis uitstellen en tevens reduceren tot 75%. Belangrijk verschil is om bij herhaald optreden van graad 2- of 3-HVS te overwegen te switchen naar S-1. Dit advies om te switchen naar S-1 is inmiddels ook opgenomen in de nieuwe richtlijn voor de behandeling van mCRC. | Dr. Astrid Danen, wetenschapsjournalist.

## REFERENTIES

1. Simkens LH, et al. Lancet 2015;385:1843-52.
2. Kwakman JJ, et al. Ann Oncol 2017;28:1288-93.
3. Kwakman JJ, et al. Clin Colorectal Cancer 2019; 18:e229-30.
4. Add-onvergoeding Teysuno. Zorgverzekeraars Nederland, stofnamen indicaties aanspraak add-on G-standaard oktober 2019.

Deze bijdrage is financieel mogelijk gemaakt door Nordic Pharma B.V.

“Nazorg gaat  
een steeds grotere  
rol spelen”

JOHAN JANSSEN >

< FRANKA ALOFS



# Verpleegkundig specialist en arts: we leren van elkaar

In het Nijmeegse Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis is in de nazorg voor borstkankerpatiënten die chemotherapie hebben ondergaan een belangrijke rol weggelegd voor de verpleegkundig specialist. Franka Alofs krijgt alle ruimte om invulling te geven aan die rol, stelt zij. En dat is ook voor de artsen enorm waardevol, zegt internist-oncoloog drs. Johan Janssen.

Weerstand tegen de rol van de verpleegkundig specialist in het nazorgtraject voor vrouwen met borstkanker die met chemotherapie zijn behandeld? Johan Janssen herkent dit niet bij patiënten of zorgprofessionals. Hij kende deze werkwijze al uit het Erasmus MC in Rotterdam waar hij tot drie jaar geleden werkzaam was. “Daar werd ook al lang op dezelfde manier gewerkt”, zegt hij. “Voor mij is deze taakverdeling dus de normale gang van zaken en wat dat betreft ben ik hier in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) in een gespreid bedje gestapt. Ik zie ook duidelijk de toegevoegde waarde, die zit in continuïteit en kwaliteit van zorg voor de patiënt. Voor patiënten is de rol van de verpleegkundig specialisten dus heel prettig: er is altijd iemand die er voor ze is. Iemand met kennis van zaken en met behandelingsbevoegdheid bovendien.”

## Goed geprotocolleerd

Franka Alofs werkt al dertig jaar op de afdeling Oncologie in het CWZ en is een van de twee verpleegkundig specialisten voor de mamma-patiënten (in het chirurgische traject werken ook twee verpleegkundig specialisten). Ze rondde in 2010 de studie af die haar toen nog de titel *nurse practitioner* verschafte, maar nu dus verpleegkundig specialist. “Ik begon tijdens de opleiding mijn rol te vervullen voor darmkankerpatiënten, maar al snel was duidelijk dat door het grote aantal borstkankerpatiënten daar noodzaak was tot de inzet van meer verpleegkundig specialisten”, vertelt ze. “Op jaarbasis gaat het toch wel om 150 patiënten die voor chemotherapie in aanmerking komen, adjuvant of neoadjuvant. Het voor- en operatieve traject wordt begeleid door de mammacareverpleegkundigen en de verpleegkundig specialisten van de afdeling Heelkunde. Samen met mijn collega verpleegkundig spe-

cialist Oncologie begeleid ik de chemotherapeutische behandeling en de nazorg, met onder andere endocriene therapie. De mammazorgketen is goed geprotocolleerd en er is een dagelijks mamma-MDO, waarbij we elkaar makkelijk weten te vinden bij vragen of om te overleggen over een patiënt.”

In het chemotherapietraject leert Alofs de patiënten al goed kennen en dat geeft haar een goede basis om ze in het nazorgtraject verder te begeleiden. “Al tijdens de opleiding zag ik met hoeveel klachten deze patiënten kampen als ze endocriene therapie krijgen: overgangsgelateerde problemen, zoals opvliegers, stemmingsstoornissen, en kans op gewrichtsklachten en botontkalking. Maar daarnaast ook angst voor terugkeer van de kanker en problemen met de reïntegratie, en

**Alofs:** “Wat echt helpt om onze positie te versterken, is het feit dat onze bevoegdheid om medicatie voor te schrijven nu in de wet geregeld is”

vragen over intimiteit en seksualiteit. Echt een combinatie van *care* en *cure* dus, en dat is ook precies wat dit werk zo interessant maakt.”

### Individueel nazorgplan

De verpleegkundig specialist is degene die aan het einde van het chemotherapietraject en bij start van de endocriene therapie de correspondentie naar de huisarts van de patiënt verzorgt. “Tussentijds bij veranderingen in de behandeling ook”, zegt Alofs. “Soms voeren we ook telefonisch overleg als de situatie daarom vraagt. Patiënten gaan zelf soms ook naar de huisarts als ze vragen hebben over bijvoorbeeld pijn, recidief of bijwerkingen. Dan stemmen wij de communicatie op elkaar af.” Is het nodig zaken te bespreken met de arts, dan gebeurt dit in principe met de hoofdbehandelaar.



^ JOHAN JANSSEN

### Bredere taakinfilling

Het werk van de verpleegkundig specialist in de mammazorg is in de loop der jaren breder geworden. “Nazorg gaat een steeds grotere rol spelen”, zegt Alofs. “Omdat we nu per patiënt een individueel nazorgplan schrijven, gaat meer tijd in het voorwerk zitten. Daarnaast is preventie steeds meer op de voorgrond komen te staan, we geven nu veel meer informatie over beweging en voeding. De patiënt is ook beter geïnformeerd dan in het verleden. Diverse patiëntenwebsites bieden veel informatie. Soms zie je een patiënt die door het ongefilterd informatie van internet halen haar eigen paniek creëert. We proberen daarom patiënten te sturen door te wijzen op informatie die betrouwbaar is. Je weet als verpleegkundig specialist wat de goede websites zijn. De prognostische informatie kan ook relevant zijn in relatie tot de keuze voor een behandeling, of soms ook om af te zien van een behandeling. Als een behandeling 10% kans op verbetering geeft, biedt dat de patiënt toch een ander perspectief dan wanneer dit slechts 2% is. Eigenlijk ben ik vooral coach. Het gaat vaak om jonge vrouwen, waarbij motiverende gesprekstechnieken - om ze te



^ FRANKA ALOFS

helpen door een zwaar behandeltraject heen te komen - een belangrijk aspect zijn van mijn werk. In gesprekken spiegel ik vaak: patiënten weten al min of meer wat ze willen en als ik dan de juiste informatie teruggeef, komen ze beter tot een beslissing.”

### Elkaar aanvullen

Om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen in het vakgebied, spelen congressen een belangrijke rol voor Alofs. “Daarnaast hebben we een actieve mamma-oncologiewerkgroep binnen het netwerk VSO, waarin kennis en ervaring uitgewisseld kan worden”, vertelt Alofs. “En natuurlijk het periodieke overleg met de oncologen.” Dit laatste is voor de artsen net zo relevant als voor de verpleegkundig specialisten, stelt Janssen. “We leren van elkaar. Zij horen van ons over ontwikkelingen in behandelingen, maar omgekeerd horen wij van hen veel over hoe patiënten de ziekte en de behandeling ervaren. De verpleegkundig specialist ziet bijvoorbeeld heel snel of sprake is van een toename in toxiciteit, of problemen bij een verandering in het behandelplan. We vullen elkaar echt aan.”

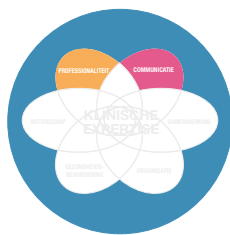
De verpleegkundig specialisten zijn ook actief betrokken bij studies. Ze geven de patiënten informatie over de studie, ze regelen de inclusie en ze zorgen voor een deel van de logistiek, naast de researchverpleegkundige. “We voeren ook altijd controles uit tijdens de studie”, zegt Alofs, “en als sprake is van bijwerkingen koppelen we dat terug naar de studiecoördinator.”

Zo goed ingevuld is de functie van de verpleegkundig specialist in het nazorgtraject niet in alle ziekenhuizen, stelt Alofs. “Ik hoor ook echt wel andere verhalen. In de meeste ziekenhuizen is het wel goed geregeld, maar sommige centra zijn nog zoekende. Wat echt helpt om onze positie te versterken, is het feit dat onze bevoegdheid om medicatie voor te schrijven nu in de wet geregeld is.” Janssen prijst zich gelukkig met het feit dat de functie van de verpleegkundig specialist in het CWZ ten volle wordt benut. | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)



**METASTASEN OF GEEN METASTASEN?  
START OP TIJD MET XTANDI**

na progressie op ADT<sup>1-3,\*</sup>



# Een keuzehulp wijst de weg naar zorg op maat

Een patiënt die meer kennis heeft van de behandelopties voor zijn medische probleem en hierdoor invloed heeft op de keuze uit die opties, ervaart minder stress en kiest vaker voor een minder intensieve behandeling dan een patiënt voor wie dit niet geldt. Keuzehulpen vormen een bruikbaar instrument om de patiënt die actieve rol te geven, stelt dr. Michiel Hageman, arts en oprichter van PATIENT+.

Sinds de oprichting in 2013 ontwikkelde PATIENT+ al keuzehulpen voor tachtig aandoeningen. Dertig ziekenhuizen maken er gebruik van, met gemiddeld zes keuzehulpen per ziekenhuis. Is hiermee te stellen dat samen beslissen, ofwel *shared decision making*, vaste grond onder de voeten heeft gekregen in de gezondheidszorg? Nee, dat toch niet, vindt Michiel Hageman. “Van artsen hoor je vaak: ‘Dat doen we toch al’ en in feite klopt dat natuurlijk ook”, zegt hij. “Ze doen wat in hun macht ligt, gegeven de tijd die ze beschikbaar hebben, de complexiteit van de materie, de emotie van de patiënt en diens onvermogen om een keuze te maken uit de behandelopties, zodat hij die toch weer teruglegt bij de zorgverlener. Vraag je door, dan blijken

er individuele verschillen te bestaan in hoe artsen die rol invullen. Er is dus geen eenduidige stijl om aan samen beslissen invulling te geven en dit leidt tot verschil in besluitvorming en dus praktijkvariatie. Toch is samen beslissen belangrijk, want het draagt ertoe bij dat de patiënt een behandelbeslissing neemt die het best bij zijn individuele situatie past. Het voorkomt ‘Als ik dit geweten had, had ik het nooit gedaan’ en het zet een rem op de natuurlijke neiging van de arts om te handelen, terwijl een afwachtend beleid ook een optie kan zijn. Het speelt verder een rol in het kunnen omgaan met de ziekte, en dat is de sterkste voorspeller voor goed functioneren. Dat is niet alleen afhankelijk van de behandeling, maar ook van de copingstrategie.”

“Patiënten zijn vaak verbaasd dat ze die rol kunnen spelen in het behandelproces en tonen zich tevreden dat ze zo samen met de zorgverlener tot de voor hen beste keuze kunnen komen”

▼ WEBSITE PATIENT+





FOTO FRANK HOOGERS

^ MICHEL HAGEMAN

“De keuzehulp biedt informatie die door de zorgverlener als betrouwbaar is beoordeeld, dat geeft de patiënt ook vertrouwen”

### Promotieonderzoek

Samen met studiegenoot dr. Teun Teunis ging Hageman naar Harvard Medical School, Boston, Verenigde Staten, om promotieonderzoek te doen naar het effect van samen beslissen. Ze schetsten op een A4 een eerste keuzehulp, voor carpaletunnelsyndroom. De kern - uitleg over de ziekte, uitleg over de behandelopties, het resultaat daarvan en de vraag naar de voorkeur van de patiënt - zat daar al helder in. “En de patiënten werden er heel enthousiast van”, vertelt hij. “Na een paar keer schaven - te complexe taal eruit halen bijvoorbeeld - hadden we een eindresultaat in de vorm van een klikbare Powerpoint.”

“Bij goede toepassing verandert het consult: de zorgverlener zendt niet alleen maar, er ontstaat een echte discussie, een basis voor zorg op maat”

Voor Hageman een dermate interessante ontwikkeling dat hij besloot zijn specialisatie orthopedie niet af te maken, maar PATIENT+ op te richten als basis om veel meer keuzehulpen te ontwikkelen en toe te passen in de dagelijkse praktijk in ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en ggz-organisaties. Teunis doet onverminderd mee, maar maakt zijn specialisatie wel af. Al toen ze nog bezig waren te testen of ze in Nederland dezelfde positieve patiëntresultaten konden bereiken met de heup- en knieslijtagekeuzehulp - het antwoord was ja - belde Bernhoven, Uden. Wilden ze keuzehulpen schrijven voor galblaas en liesbreuk? Dat deden ze, de keuzehulpen werden geïmplementeerd en de zorgvraag daalde met vijftien procent.

### Enthousiasme en scepsis

Groot enthousiasme alom? “Bij patiëntverenigingen wel, maar het ministerie van VWS vond het toch wel spannend wat we deden”, zegt Hageman. “Het had zelf al het vergelijkbare initiatief *Kies Beter*, maar had ook zorgen of we de keuzehulpen wel up-to-date konden houden, met het oog op ontwikkelingen in wetenschappelijke literatuur en richtlijnen. Bovendien was er nog geen richtlijn voor het ontwikkelen van keuzehulpen. Voor ons geen groot probleem, want wij volgden al de internationale standaard die hiervoor bestond.”

De medische beroepsverenigingen waren bezig met hun initiatief voor de consultkaarten. “Ze waren bang dat ons initiatief hiermee zou bijten”, vertelt Hageman. “Dit hebben we opgelost door de inhoud

ervan tot onderdeel van onze keuzehulp te maken.” Niet alleen patiëntverenigingen, het ministerie van VWS en de wetenschappelijke verenigingen meekrijgen is belangrijk, succesvolle implementatie van de ontwikkelde keuzehulp is dat ook. Hiervoor ontwikkelde PATIENT+ een uitgebreid stappenplan, waarvan ook *motivational interviewing* een onderdeel uitmaakt. “De zorgverlener moet zorgvuldig kunnen omgaan met een patiënt die de keuzehulp niet wil gebruiken of die hem toch de vraag ‘Wat zou u doen?’ terugspeelt”, legt Hageman uit.

### Urgentie en budget

Terwijl de ontwikkeling van nieuwe keuzehulp doorgaat - inmiddels niet meer alleen voor de tweede lijn, maar ook voor eerstelijnsgezondheidszorg en ggz - blijft het hard werken om ze toegepast te krijgen. Dat dertig ziekenhuizen de nu bestaande keuzehulp gebruiken betekent toch dat vijftig ziekenhuizen dit nog niet doen. “Dat is een kwestie van urgentie en budget”, zegt Hageman. “Het eerste heeft te maken met de gedachte ‘We doen het toch al goed’, het tweede met het besef dat een patiënt die voor een minder intensieve behandeling kiest, leidt tot een negatieve businesscase en dit bijt met de productieprijs. De ziekenhuizen die onze keuzehulp al wel gebruiken,

hebben vaak langetermijnsafspraken met de zorgverzekeraars. Die geven de rust om te innoveren.”

Het enthousiasme voor de keuzehulp van wetenschappelijke en patiëntverenigingen draagt bij aan het urgentiebesef. “Patiënten zijn vaak verbaasd dat ze die rol kunnen spelen in het behandelproces en tonen zich tevreden dat ze zo samen met de zorgverlener tot de voor hen beste keuze kunnen komen”, zegt Hageman. “Het aandeel oudere patiënten is verhoudingsgewijs groot, maar zij twijfelen ook meer over de vraag of hun voorkeur de juiste is dan de jongere populatie. Wel zijn er ook nog patiënten die eerst het advies van de zorgverlener willen afwachten, of die vrezen aan hun lot te worden overgelaten. Of ze hebben een ervaring - gember tegen misselijkheid bij chemotherapie bijvoorbeeld - die ze niet in de keuzehulp vinden. Daar leren wij weer van.”

Hageman stelt dat de keuzehulp tegenwicht kunnen bieden aan de informatie die internet biedt. “De keuzehulp biedt informatie die door de zorgverlener als betrouwbaar is beoordeeld”, zegt hij, “dat geeft de patiënt ook vertrouwen. Bij goede toepassing verandert het consult: de zorgverlener zendt niet alleen maar, er ontstaat een echte discussie, een basis voor zorg op maat.” | **Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist**

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring.

#### Verkort Productinformatie Xofigo® 1100 kBq/ml oplossing voor injectie

**Samenstelling:** Werkzame stof: radium Ra-223 dichloride (radium-223 dichloride, 1100 kBq/ml, op de referentiedatum overeenkomend met 0,58 mg radium-223). Elke injectieflacon bevat 6 ml oplossing (op de referentiedatum 6,6 MBq radium-223 dichloride). **Hulpstoffen:** Water voor injecties, natriumchloride, natriumchloride, zoutzuur verdund. **Indicatie:** Xofigo monotherapie of in combinatie met een *lutetizing hormone-releasing hormone* (LHRH)-analog is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met metastaserende castratieresistent prostaatcarcinoom (mCRPC), symptomatische botmetastasen en geen bekende viscerale metastasen, progressief na ten minste twee voorafgaande systemische therapieën voor mCRPC (andere dan LHRH analogen), of die niet in aanmerking komen voor een beschikbare systemische mCRPC behandeling. Xofigo dient alleen te worden toegediend door personen die bevoegd zijn om met radioactieve geneesmiddelen te werken binnen een hiertoe aangewezen klinische setting. **Contra-indicaties:** Xofigo is gecontra-indiceerd in combinatie met abirateronacetaat en prednison/prednisolon. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** De veiligheid en werkzaamheid van Xofigo in combinatie met systemische kankertherapieën, andere dan LHRH analogen, zijn niet vastgesteld; een verhoogd risico op mortaliteit en fracturen is mogelijk. De combinatie van radium-223 met andere systemische kankertherapieën, andere dan LHRH analogen, is dus niet aanbevolen. Het gebruik van Xofigo wordt niet aanbevolen voor de behandeling van volwassenen met CRPC en uitsluitend asymptomatische botmetastasen. Bij volwassenen met CRPC en mild-symptomatische botmetastasen moet het voordeel van behandeling zorgvuldig worden afgewogen tegen de risico's, waarbij er rekening mee dient te worden gehouden dat waarschijnlijk een hoge activiteit van osteoblasten noodzakelijk is om baat te hebben bij de behandeling. In klinische onderzoeken liepen patiënten met minder dan 6 botmetastasen een verhoogd risico op fracturen en hadden ze geen statistisch significant voordeel over overleving. Een analyse van een vooraf gespecificeerde subgroep toonde ook aan dat totale overleving niet significant verbeterde bij patiënten met een totale AF < 220 E/L. Daarom wordt behandeling met radium-223 niet aanbevolen bij patiënten met een geringe mate van osteoblastische botmetastasen. **Beenmergsuppressie,** met name trombocytopenie, neutropenie, leukopenie en pancytopenie, is gemiddeld. Hematologische evaluatie van patiënten moet uitgevoerd worden bij aanvang van de behandeling en vóór elke volgende dosis. Indien er binnen 6 weken na de laatste toediening van Xofigo geen herstel van het absolute aantal neutrofielen (ANC) en de hemoglobine is opgetreden, ondanks het ontvangen van standaard zorg, mag de behandeling met Xofigo alleen worden voortgezet na een zorgvuldige afweging van de voordelen en risico's. Voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van patiënten met tekenen van verminderde beenmergreserve, bijv. na een eerdere cytotoxische chemotherapie en/of radiotherapie (EBRT, *external beam radiation therapy*) of patiënten met gevorderde diffuse infiltratie van het bot (EOD4; 'superscan'), aangezien er een verhoogde incidentie van hematologische bijwerkingen zoals neutropenie en trombocytopenie is waargenomen. Aan patiënten met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa dient Xofigo alleen te worden toegediend na zorgvuldige afweging van de voordelen en risico's. Bij patiënten met onbehandelde, dreigende of al aanwezige ruggenmergcompressie dient behandeling met standaardzorg volgens klinische indicatie te worden voltooid voordat de behandeling met Xofigo wordt gestart of hervat. Xofigo verhoogt het risico op botfracturen, met name bij patiënten met een medische voorgeschiedenis van osteoporose en bij patiënten met minder dan 6 botmetastasen. Voordat met radium-223 wordt gestart, moeten de botstatus en het risico op fracturen dat patiënten bij aanvang lopen (bijv. osteoporose, minder dan 6 botmetastasen, medicatie die het risico op fracturen doet toenemen, lage *Body Mass Index*) zorgvuldig worden beoordeeld en gedurende ten minste 24 maanden nauwgezet worden gevolgd. Preventieve maatregelen moeten overwogen worden alvorens behandeling met Xofigo te starten of te hervatten. Bij patiënten die bij aanvang een hoog risico op fracturen lopen, moet het voordeel van behandeling zorgvuldig worden afgewogen tegen het risico. Bij patiënten met botfracturen dienen de fracturen orthopedisch te worden gestabiliseerd voordat de behandeling met Xofigo wordt gestart of hervat. Bij patiënten die behandeld werden met bisfosfonaten en Xofigo kan een verhoogd risico op de ontwikkeling van osteonecrose van de kaak (ONJ) niet uitgesloten worden. Xofigo draagt bij aan de totale cumulatieve hoeveelheid straling waaraan patiënten op de lange termijn worden blootgesteld en kan dan ook gepaard gaan met een verhoogd risico op kanker en erfelijke defecten. Er zijn geen gevallen gemeld van Xofigo-geïnduceerde kanker in de klinische studies met een follow-upperiode tot en met drie jaar. Afhankelijk van het toegediende volume kan dit geneesmiddel tot maximaal 2,35 mmol (54 mg) natrium per dosis bevatten. **Bijwerkingen:** Zeer vaak trombocytopenie, diarree, braken, misselijkheid, botfractuur; Vaak: neutropenie, pancytopenie, leukopenie, injectieplaatsreacties; Soms: lymfopenie, osteoporose. **Handelsvorm:** Injectieflacon met 6 ml oplossing voor injectie. **Nummer van de vergunning:** EU/1/13/873/001. **Vergunninghouder:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Duitsland. **Verdere informatie beschikbaar bij:** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht, tel. 0297 280 666. **Afleverstatus:** UR. **Datum goedkeuring/herziening van de SmPC:** 09/2018. **Versie:** september 2018. Uitgebreide informatie (SmPC) is op aanvraag beschikbaar.



## Teysuno® = (S-1)

TEGAFUR GIMERICIL OTERACIL

### Verkorte voorschriftinformatie

**Teysuno® (tegafur, gimeracil en oteracil).** Naam en actieve ingrediënten: Teysuno® 15 mg/4,35 mg/11,8 mg harde capsules bevatten 15 mg tegafur, 4,35 mg gimeracil en 11,8 mg oteracil. Teysuno® 20 mg/5,8 mg/15,8 mg harde capsules bevatten 20 mg tegafur, 5,8 mg gimeracil en 15,8 mg oteracil. **Therapeutische indicaties:** Teysuno is geïndiceerd bij volwassenen voor de behandeling van gevorderd maagcarcinoom indien in combinatie met cisplatine gegeven. **Dosering en wijze van toediening:** Teysuno dient alleen te worden voorgeschreven door een gekwalificeerd arts met ervaring in de behandeling van kankerpatiënten met antineoplastische geneesmiddelen. De aanbevolen standaarddosis Teysuno, wanneer het gegeven wordt in combinatie met cisplatine, is 25 mg/m<sup>2</sup> (uitgedrukt als tegafurgehalte) tweemaal daags, 's ochtends en 's avonds, gedurende 21 opeenvolgende dagen, gevolgd door 7 dagen rust (1 behandelingscyclus). Teysuno capsules moeten ten minste 1 uur vóór of 1 uur na de maaltijd met water worden ingenomen. Deze behandelingscyclus wordt om de 4 weken herhaald. De aanbevolen dosis cisplatine in dit regime is 75 mg/m<sup>2</sup> via intravenueuze infusie, eenmaal in de vier weken. Na 6 cycli moet de cisplatine worden gestaakt zonder stopzetten van Teysuno. Indien cisplatine wordt gestaakt voordat 6 cycli zijn voltooid, kan de behandeling met alleen Teysuno worden hervat wanneer wordt voldaan aan de criteria voor herstarten. **Raadpleeg de Samenvatting Productkenmerken (SPC) van Teysuno voor het berekenen van de standaarddosis en verlaagde doses Teysuno en cisplatine en de berekeningen naar lichaamsoppervlak (BSA, body surface area) voor doses Teysuno die in combinatie met cisplatine worden gegeven. Patiënten die met Teysuno in combinatie met cisplatine worden behandeld, dienen nauwlettend te worden gemonitord en laboratoriumonderzoek van hematologie, leverfunctie, nierfunctie en serumelektrolyten dient frequent te worden verricht. **Raadpleeg de Samenvatting van de Productkenmerken (SPC) van cisplatine voor informatie over hydratievoorbereiding. De patiënten dienen poliklinische voorschriften mee te krijgen voor anti-emetica en voor middelen tegen diarree. **Raadpleeg de Samenvatting Productkenmerken (SPC) van Teysuno voor informatie over toxiciteit, dosisaanpassing en gebruik bij nierinsufficiëntie. Er wordt geen aanpassing van de standaarddosis gedeïndiceerd voor patiënten met een leeftijd van ≥ 70 jaar, leverfunctiestoornissen of patiënten van Aziatische etniciteit. Teysuno mag niet worden toegediend aan kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame bestanddelen (tegafur, gimeracil en oteracil) of voor één van de hulpstoffen. Voorgeschiedenis van ernstige en onverwachte reacties op fluoropyrimidine-therapie. Bekende dihydropyrimidinedihydrogenase (DPD)-deficiëntie. Zivangerschap en borstvoeding. Ernstige beenmergdepressie (ernstige leukopenie, neutropenie of trombocytopenie). Patiënten met nierziekte in het eindstadium bij wie dialyse noodzakelijk is. Medetoeiening van andere fluoropyrimidines bij Teysuno. Recente of gelijktijdige behandeling met brivudine. **Contra-indicaties voor cisplatine:** raadpleeg de Samenvatting van de Productkenmerken (SPC) van cisplatine. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen:** Teysuno bevat lactose. Houd ten minste 4 week interval tussen stoppen brivudine en starten Teysuno. Na behandeling met Teysuno minstens 24 uur wachten met starten brivudine. Hepatitis B-virusactiviteit, diarree, dehydratie, beenmergdepressie, renale toxiciteit, oculaire toxiciteit, cumarinderivaat-anticoagulantia, DPD-inductoren, microstafielietinstabiliteit (MSI), glucose/galactose intolerantie/malabsorptie. Kan niet gebruikt worden als vervanging van andere orale 5-FU-producten. **Interacties:** Er is geen onderzoek naar interacties uitgevoerd bij volwassen of pediatrische patiënten. **Raadpleeg de Samenvatting Productkenmerken (SPC) van Teysuno voor informatie over interactie met andere fluoropyrimidines, brivudine, CYP2A6-remmers, foлина/foliniumzuur, nitro-imidazolen, waaronder metronidazol en misonidazol, methotrexaat, clozapine, cimetidine, cumarinderivaat-anticoagulantia, fenytoïne, allapurinol. **Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen:** Teysuno heeft een matige invloed op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen, omdat vermoeidheid, duizeligheid, waag zien en misselijkheid vaak voorkomende bijwerkingen zijn van Teysuno. **Bijwerkingen:** (Raadpleeg de SPC voor meer informatie): Zeer vaak voorkomend (≥ 1/10): Neutropenie, leukopenie, anemie, trombocytopenie, anorexie, perifere neuropathie, diarree, braken, nausea, obstipatie, vermoeidheid, asthenie. Vaak voorkomend (≥ 1/100, < 1/10): Fobiele neutropenie, lymfopenie, dehydratie, hypokaliëmie, hyponatriëmie, hypomagnesiëmie, hypoalbuminemie, hyperkaliëmie, slapeloosheid, duizeligheid, hoofdpijn, dysgeusie, visusstoornis, lacrimale stoornis, conjunctivitis, cornes-aandoening, gehoortoornis, doofheid, hypotensie, diepe veneuze trombose, hypertensie, dyspneu, epistaxis, hiken, hoesten, gastro-intestinale bloeding, stomatitis, gastro-intestinale ontsteking, flatulentie, abdominale pijn, dysfaagie, abdominaal ongemak, dyspepsie, droge mond, hyperbilirubinemie, verhoogd alfaaminozurentransferase, verhoogd aspartaat-aminotransferase, palmar-plantair erythrodysesthesie-syndroom, huiduitslag, hyperpigmentatie van de huid, droge huid, pruritus, alopecia, spier- of botpijn. Soms (≥ 1/1000, < 1/100): Septische shock, binjierbloeding, cerebrovasculair accident, hartfalen, acuut myocardiinfarct, hartfibrilleren, trombose in de arteria iliaca, hypovolemische shock, arteriële trombose in een ledemaat, pulmonale embolie, luchtwegbloeding, gastro-intestinale perforatie, toxische nefropathie, multi-organfalen. Zelden (< 1/10.000, < 1/1000) en zeer zelden (< 1/10.000) voorkomend: Hepatitis B-virusreactivatie, consumptiecoagulopathie, leukoencefalopathie, interstitiële longaandoening, acute pancreatitis, acuut leverfalen, toxische epidermale necrolyse, stevens-johnsonsyndroom, rhabdomyolyse. **Afleverstatus:** UR Houder van de vergunning voor het in de handel brengen: Nordic Group BV, Sintusdreef 22, 2132 WT, Hoofddorp, Nederland. **Nummer van de vergunning voor het in de handel brengen:** EU/1/11/669/001, Teysuno 15 mg, 84 capsules, EU/1/11/669/002, Teysuno 15 mg, 126 capsules, EU/1/11/669/003, Teysuno 20 mg, 42 capsules, EU/1/11/669/004, Teysuno 20 mg, 42 capsules, EU/1/11/669/005 15 mg, 84 capsules. **Datum van samenstelling van de tekst:** Juni 2018. **Lokale vertegenwoordiger voor Nederland:** Nordic Pharma B.V., Tolweg 15, 3741 LM, Baarn, Nederland. **Tel.:** +31 (0)35 54 80 580, **email:** info@nordicpharma.nl.********







# ‘Tuurlijk, breng ze volgend weekend maar langs.’



Kwaliteit van leven is voor elke kankerpatiënt van essentieel belang. Xofigo® verlengt de overleving en verbetert daarnaast de kwaliteit van leven bij mCRPC patiënten met symptomatische botmetastasen en geen bekende viscerale metastasen<sup>1\*</sup>. In de afgelopen 5 jaar is er in Nederland veel praktijkervaring opgedaan met Xofigo®. Bayer werkt ook in de toekomst graag samen met u aan een beter leven voor uw patiënten met kanker.

<sup>1</sup> C. Parker, S. Nilsson, D. Heinrich, et al. Alpha Emitter Radium-223 and Survival in Metastatic Prostate Cancer N Engl J Med. 2013;369(3):213-223.

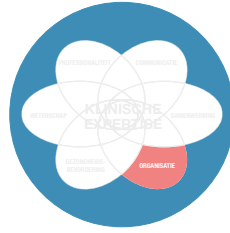
\* Xofigo monotherapie of in combinatie met een LHRH-analoog is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met mCRPC, symptomatische botmetastasen en geen bekende viscerale metastasen, progressief na ten minste twee voorafgaande systemische therapielijnen voor mCRPC (andere dan LHRH-analogen), of die niet in aanmerking komen voor een beschikbare systemische mCRPC behandeling, SmPC Xofigo, 09/2018.

**Confidence through experience.**

 **Xofigo®**  
radium Ra 223 dichloride

< ERIC SMITS

“Nu verpleegkundig specialisten gesetteld zijn, bewegen ze meer richting verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek”



# Financiering van een verpleegkundig specialist

Artsen die in een ziekenhuis werken, zijn of georganiseerd in een medisch specialistisch bedrijf (MSB), of oefenen hun beroep uit in dienst van het ziekenhuis. Verpleegkundigen in een ziekenhuis werken over het algemeen in loondienst van het ziekenhuis. Hoe zit het met verpleegkundig specialisten; zij die op zowel het verpleegkundige als medische vlak opereren? Eric Smits, manager bedrijfsvoering Interne Geneeskunde, Geriatrie, Reumatologie, Longgeneeskunde en Neurologie in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch, geeft zijn visie.

“In het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn alle verpleegkundig specialisten in dienst van het ziekenhuis”, begint Eric Smits. “Verpleegkundig specialisten zijn namelijk geen medisch specialisten. Een deel van hun activiteiten is op medisch terrein, maar een groot deel van hun werkzaamheden ligt op het verpleegkundig vlak. Daarom is het terecht dat ze in dienst zijn van het ziekenhuis.”

## Begeleiding en voorlichting

Smits geeft nog een andere reden waarom in het Jeroen Bosch Ziekenhuis voor verpleegkundig specialisten in loondienst is gekozen. “Op het moment dat een verpleegkundig specialist door het MSB wordt betaald, dan loop je gevaar dat zij vooral ingezet worden om productie

te draaien, waardoor zij minder met de inhoud bezig kunnen zijn.” Met dat laatste bedoelt Smits taken als begeleiding en voorlichting van patiënten, maar ook bezigheden in het kader van innovatie en ontwikkeling. “In het Jeroen Bosch Ziekenhuis kiezen we voor een zeer goede begeleiding en voorlichting van patiënten, waar verpleegkundig specialisten een belangrijke rol in spelen. Deze taken horen vanuit het verpleegkundig vakgebied gefinancierd te worden. We lopen zo niet het gevaar dat verpleegkundig specialisten bijvoorbeeld alleen poli draaien.”

## Ontwikkeling en innovatie

Dat er ook voldoende tijd is voor niet-patiëntgebonden bezigheden, zoals deskundigheidsbevordering, innovatie en onderzoek, is volgens Smits heel belangrijk. “Voordat verpleegkundig specialisten een feit waren, werd er geen of nauwelijks verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek gedaan binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Medisch onderzoek was er wel, maar er was een gebrek aan onderzoek naar wat de zorg met de patiënt doet, wat de patiënt nodig heeft en hoe dat *evidence based* kan worden onderbouwd. Innovatief verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek begint zich nu pas te ontwikkelen. De beroepsgroep van verpleegkundig specialisten heeft eerst haar plek moeten veroveren binnen de organisatie en haar meerwaarde moeten laten zien. Nu deze professionals gesetteld zijn, bewegen ze meer richting verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek. Dat onderzoek verbetert niet alleen de zorg voor de patiënt, maar is ook belangrijk voor de profilering van de beroepsgroep. Daar zijn in het hele land nog grote stappen te maken.”

“Op het moment dat een verpleegkundig specialist door het MSB wordt betaald, dan loop je gevaar dat zij vooral ingezet worden om productie te draaien, waardoor zij minder met de inhoud bezig kunnen zijn”

“Deze zorgverlener besteedt 70% van haar tijd aan patiëntenzorg en 30% aan ontwikkeling, innovatie en onderzoek”

### Een verpleegkundig specialist als business case

In het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt voor iedere nieuw te realiseren functie voor een verpleegkundig specialist eerst een *business case* opgesteld om te kijken of een professional van dat kaliber gerechtvaardigd is. “De *business case* wordt zowel kwalitatief als financieel beoordeeld”, vertelt Smits. “Pakt het positief uit, dan krijgt de opleider toestemming voor het aannemen van een verpleegkundig specialist.”

Verskillende aspecten wegen mee in de *business case*. “Voor het uitvoeren van bepaalde taken in de patiëntenzorg is een verpleegkundig specialist goedkoper dan een medisch specialist. Daar komt bij dat indien een verpleegkundig specialist taken van een medisch specialist overneemt, de medisch specialist weer ruimte heeft om nieuwe patiënten te zien. Tegelijkertijd besteedt een verpleegkundig specialist een deel van haar tijd aan niet-patiëntgebonden werkzaamheden, die niet middels een DBC bij een zorgverzekeraar te declareren zijn. Die uren nemen we mee in de *business case*. Daarbij gaan we ervan uit dat deze zorgverlener 70% van haar tijd besteedt aan patiëntenzorg en 30% aan ontwikkeling, innovatie en onderzoek.”

### Return on investment

Smits benadrukt dat in een *business case* de meerwaarde niet alleen in geld uitgedrukt moet worden. “De financiële kant is wel belangrijk, maar het gaat ook om verbetering van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Vaak wordt dat vergeten. Daarom is het verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek zo van belang, want daarmee verbetert de zorg niet alleen, maar is ook de meerwaarde voor de patiënt aan te tonen. Bijvoorbeeld de meerwaarde van de begeleiding. Patiënten met een oncologische aandoening krijgen in het Jeroen Bosch Ziekenhuis allemaal een verpleegkundig specialist als regievoerend behandelaar die hen door het hele zorgtraject begeleidt. De patiënt beweegt daardoor makkelijker door de zorgprocessen. We weten inmiddels dat patiënten dat vaste aanspreekpunt als zeer prettig ervaren. Dat zijn belangrijke ontwikkelingen die niet meteen terug te vinden zijn in cijfertjes. Het kan ook dat patiënten door goede begeleiding meer zelfredzaam worden, minder naar het ziekenhuis bellen of minder opgenomen hoeven worden. Dat moet dan wel onderbouwd worden; dat gebeurt nog te weinig.”

Met een onderbouwing zijn dergelijke ontwikkelingen in een *business case* mee te nemen. Als voorbeeld noemt Smits een afname van de bedbezetting als gevolg van extramurale zorg die verpleegkundig specialisten Palliatieve Zorg verlenen. “Steeds meer mensen sterven thuis in plaats van in het ziekenhuis. Dat is mogelijk met begeleiding vanuit het ziekenhuis of vanuit de eerste lijn. We zien dat terug in de bedbezetting. De bedden die vrijkomen gebruiken we voor opname van andere patiënten.”

Aan ziekenhuizen die twijfelen over het aannemen van verpleegkundig specialisten in loondienst geeft Smits mee: “In eerste instantie lijkt een verpleegkundig specialist een investering voor het ziekenhuis, maar uiteindelijk is de *return on investment* groot. Kwalitatief wordt je zorg gewoon stukken beter en patiënten waarderen dat enorm.” | [Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist](#)

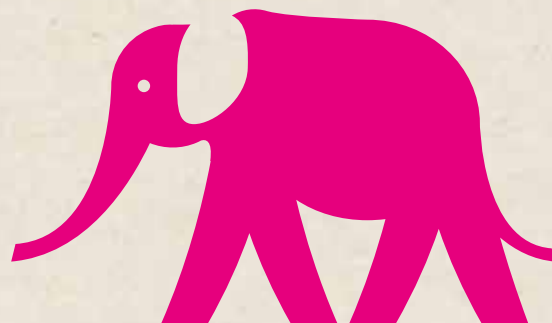


Seksualiteit & Intimiteit is een onmiskenbaar deel van de kwaliteit van leven van patiënten met borstkanker.

# Bespreekt jullie borstkankerteam het onderwerp Seksualiteit & Intimiteit met de patiënt?

De toolbox Roze Olifant helpt het borstkankerteam om dit thema beter en gemakkelijker op tafel te leggen.

Als team aan de slag met het thema Seksualiteit & Intimiteit? Voor meer informatie en aanmelden ga naar: [www.seksinjegesprek.nl](http://www.seksinjegesprek.nl)



## RozeOlifant

Roze Olifant is een samenwerkingsproject van de werkgroep 'Seks in je gesprek', gevormd door vertegenwoordigers van Borstkankervereniging Nederland (BVN), Sick and Sex, zorgverleners die passie hebben voor het onderwerp en Pfizer.

“Zorg dicht bij huis  
waar het kan en alle  
expertise - soms op af-  
stand - waar nodig is een  
adagium dat ons  
aanspreekt”

AGNES JAGER >





# De arts en de verpleegkundig specialist zijn echt complementair aan elkaar

Samenwerken zit dr. Agnes Jager, internist-oncoloog in het Erasmus MC in Rotterdam, in het bloed. Zij was dan ook een van de pleitbezorgers voor de inzet van verpleegkundig specialisten op de afdeling Oncologie.

Herinnert Agnes Jager zich nog of het onderwerp samenwerken tijdens haar opleiding aan bod is gekomen? “Een grappige vraag”, zegt ze. “Grappig in die zin dat je het belang ervan heel goed leert tijdens je coschappen, maar dat het in de opleiding in mijn herinnering niet expliciet aan bod kwam. Hoe essentieel het is heb ik triest genoeg meegemaakt bij iemand tegen wie we tijdens zijn coschappen moesten zeggen dat zijn communicatieve houding en vaardigheden echt niet verenigbaar waren met patiëntenzorg. In de laatste fase van de opleiding dus pas, hoe tragisch is dat?”

## Patiënt als partner

Het begrip samenwerking kent verschillende dimensies. Om te beginnen is er de samenwerking met de patiënt. Jager ziet die zeker als een partner in het behandelproces. “Niet helemaal een gelijkwaardige partner”, zegt ze, “want het kennisniveau is anders. Maar ik ben van het delen en uitleggen, en gaandeweg leer je dat steeds beter op het individu af te stemmen. Recent had ik een vrouw die al doorvragend steeds verder achterover ging zitten, waarna ik op een gegeven moment zei: ‘Volgens mij heb ik genoeg verteld?’. Dat bleek te kloppen. Toch zou ik graag over een eenvoudige test beschikken die aangeeft hoe een patiënt geïnformeerd wil worden, beperkt of juist gedetailleerd. Je kunt dat niet altijd non-verbaal uitlezen en patiënten verschillen daarin van elkaar. Hiernaar is wel onderzoek gedaan. Angst speelt een belangrijke rol, maar ook leeftijd en de bekendheid van het tumortype. Verder merk ik soms dat mannen meer willen weten dan vrouwen, met name als het om kansen en voorspellingen gaat. Is de patiënt de vrouw, dan zeg ik dat ik best een keer met de man afzonderlijk wil

doorpraten, maar alleen als de vrouw dat goed vindt. Ik ga niet voorbij aan de patiënt.”

Over *shared decision making* heeft Jager duidelijk een eigen standpunt. “Ik vind het belangrijk, maar ik ben er ook kritisch over”, legt ze uit. “Net zoals elke tumor anders is, is iedere patiënt dat ook en daar moet je in je communicatie rekening mee houden. Al blijf ik ‘Zegt u het maar, dokter’ lastig vinden, zeker als er gelijkwaardige keuzes zijn. Bijvoorbeeld wel of geen chemotherapie na een borstkankeroperatie, waarbij de winst gering is. Soms zijn er dan meerdere gesprekken voor nodig om er samen uit te komen. Ik begrijp heel goed dat sommige mensen het lastig vinden om te kiezen. Ze worden er soms ook zenuwachtig van. Ze kunnen voor hun gevoel dan ook een verkeerde keuze maken. *Shared decision making* is prachtig, maar moet wel *patient-tailored* worden toegepast.”

“Het is belangrijk een team rond de patiënt te creëren, juist in een academisch ziekenhuis. Verpleegkundigen zijn hierbij essentieel”

“Ook op verpleegkundig vlak valt nog veel te onderzoeken om de zorg te verbeteren”



#### Heel teamgericht

Een tweede dimensie van samenwerking is samenwerking met het mammateam. “Ik ben echt een teamwerker”, zegt Jager. “Het is belangrijk een team rond de patiënt te creëren, juist in een academisch ziekenhuis. Verpleegkundigen zijn hierbij essentieel. Optimale zorg gaat over veel meer dan de klinische aspecten alleen, en voor veel dingen daar omheen is de verpleegkundige vaak de beste gesprekspartner voor de patiënt. Ik ben ervan overtuigd dat een patiënt, indien zij alleen de dokter kan bellen, het contact zoeken langer uitstelt dan wanneer ook een verpleegkundige bereikbaar is.”

De verpleegkundig specialist noemt ze een belangrijke tussenlaag tussen de verpleegkundigen en de artsen. “Ze kunnen patiënten (poli)klinisch beoordelen en zelfstandig medicatie voorschrijven. Door goed samen af te stemmen welk deel van de zorg bij hen gealloceerd kan worden, kun je als arts en verpleegkundig specialist echt complementair zijn aan elkaar. Ik vind het prachtig als verpleegkundig specialist op deze manier kunnen doorgroeien binnen hun vakgebied. Dus probeer ik ze te stimuleren, ook als ze onderzoek willen doen of zelfs willen promoveren. Natuurlijk moesten sommige collega’s wennen aan de komst van verpleegkundig specialisten, je draagt toch een deel van je zorgtaken over. Een goede opleiding en begeleiding, alsmede laagdrempelige benaderbaarheid voor verpleegkundig specialisten zijn voorwaardelijk. Inmiddels omarmt onze medische staf de ruime inzet van verpleegkundig specialisten volledig.”

#### Wetenschappelijk onderzoek

Dan is er samenwerking binnen de wetenschap. Jager: “Samenbrengen van onderzoekers met andere achtergronden en expertise, maar een gemeenschappelijk doel om de kankerzorg te verbeteren, is geweldig inspirerend en is de weg om snelle vooruitgang te boeken. Ik

ben in de gelukkige omstandigheid mij in dergelijke samenwerkingsverbanden te begeven, waarbij resultaten nu al aanleiding hebben gegeven tot veranderingen in de dagelijkse klinische praktijk. Ook op verpleegkundig vlak valt nog veel te onderzoeken om de zorg te verbeteren. Ik zou verpleegkundig specialisten willen aanmoedigen over de mogelijkheden na te denken, ook al omdat het heel stimulerend kan zijn onderzoek te doen en patiënten er vaak erg voor open staan.”

#### Bescheiden maar onmisbaar

Weer een andere dimensie van samenwerking is die met de andere ziekenhuizen en de eerste lijn. Steeds belangrijker nu kanker voor veel patiënten een chronische ziekte wordt, erkent Jager, maar nog wel een uitdaging. “Het vraagt aandacht voor de nazorg”, zegt ze. “In verdere optimalisatie hiervan zie ik een uitgelezen rol voor de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. In termen van *value based healthcare*, maar ook de brugfunctie naar huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners.”

Tot slot is er de samenwerking tussen ziekenhuizen, in het kader van netwerkvorming. Jager: “Zorg dicht bij huis waar het kan en alle expertise - soms op afstand - waar nodig is een adagium dat ons aanspreekt. De hiervoor benodigde samenwerking krijgt met name vorm in het wekelijkse multidisciplinair overleg over complexe patiëntcases. Goede registratie van de conclusies en adviezen is essentieel en vergt de kennis van de verpleegkundig specialisten, die hierin een grotere rol zouden moeten hebben. Ze hebben de kennis in huis en begrijpen de terminologie. Voor mij als arts belangrijk, want als ik niet bij zo’n overleg aanwezig ben, moet ik de volgende dag precies uit die notulen kunnen halen wat besproken is.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)





Initiatief van Takeda Oncology

# INITIATIEF TER VERBETERING VAN DE ONCOLOGISCHE ZORG

Project aanmelden kan nu op

[WWW.PATIENTCENTRICITYAWARD.NL](http://WWW.PATIENTCENTRICITYAWARD.NL)



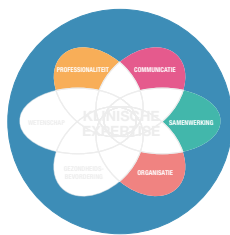
De Patient Centricity Award is bestemd voor het meest innovatieve project dat bijdraagt aan de kwaliteit van leven van mensen met een oncologische aandoening. Deze award is in het leven geroepen door Takeda Oncology.

Door uw project aan te melden via [www.patientcentricityaward.nl](http://www.patientcentricityaward.nl) kunt u in aanmerking komen voor deze award. Er wordt een bedrag van maximaal 10.000 euro beschikbaar gesteld via een "unrestricted educational grant".

De winnaar van de award zal bekend worden gemaakt tijdens het VSO Voorjaarssymposium op 7 april 2020.



ONCOLOGY



# Fit op de werkvloer: (laten) zorgen voor jezelf

Voor verpleegkundig specialisten zijn zeven competentiegebieden - ook CanMeds genoemd - beschreven. De CanMeds behoren binnen de werkzaamheden van deze professionals allemaal een plaats te krijgen. Dat is soms lastig, omdat de directe patiëntenzorg - waarin slechts een deel van de competenties aan bod komt - veel tijd in beslag neemt. De werkdruk loopt op en bijgevolg de ervaren stress, waardoor overbelasting op de loer kan liggen. Drs. Coen Völker, gz-psycholoog bij het Helen Dowling Instituut in Bilthoven en Arnhem, vertelt hoe een (dreigende) burn-out is te voorkomen.

“Het is belangrijk om eerst bij jezelf na te gaan of je signalen van werkstress ervaart en hoe het met jouw vitaliteit staat”, vertelt Coen Völker (zie *Kader*). “Dat kost tijd, maar het vormt wel de eerste stap. Pas als je weet hoe je ervoor staat, kun je nagaan wat voor jou nodig is om eventuele stress te verminderen.”

## Leg jezelf (en je organisatie) onder de loep

Voor het bepalen van waar jezelf staat, bestaan verschillende mentaal-fitprogramma's en mindfulnessstrainingen bij diverse aanbieders, bijvoorbeeld bij de Helen Dowling Academie (onderdeel van het Helen Dowling Instituut).<sup>1</sup> Tijdens de masterclass 'De VS in de lead' van dit jaar gaf Völker vanuit laatstgenoemde instelling een workshop 'Mentaal fit op de werkvloer'. Verpleegkundig specialisten leerden meer over zichzelf middels een denkbeeldig huis met vier kamers: fysiek, mentaal, sociaal-emotioneel en spiritueel. Völker: “De fysieke kamer gaat over zorgen voor je lichaam. Daarbij kun je de vraag stellen wat je lichaam nodig heeft: rust, sport, massage, een bad, seksualiteit, gezond eten. In de mentale kamer kijk je naar de waarden en overtuigingen die je over jezelf hebt en of je daar tevreden mee bent. De sociaal-emotionele kamer gaat over de manier waarop je met emoties omgaat. Ook of je nog in verbinding met anderen staat. In de spirituele kamer gaat het om zingeving. Doe je dingen die je rust geven of waar je een passie voor hebt, zoals je bezighouden met kunst, natuur, muziek, familie of vrijwilligerswerk?”

Bij stress door bijvoorbeeld werkdruk of een onveilig gevoel op het werk, vluchten de meeste mensen als het ware naar één kamer en

vertonen zij teveel gedrag dat enkel in die kamer past en eigenlijk op de lange termijn niet goed voor hen is: veel praten en twisten in de mentale kamer; steeds meer sporten of opruimen in de fysieke kamer; empathiemoeheid, vervreemding of dominant gedrag in de sociaal-emotionele kamer; gebruik van doodshumor en cynisme of alles op de automatische piloot doen in de spirituele kamer. In die laatste kamer kunnen mensen ook al hun inspiratie verliezen of zien zij nergens de zin meer van in.

## Burn-outverschijnselen

Een burn-out is te herkennen aan bepaalde klachten. Iemand heeft onder andere geen plezier meer in zijn werk, is uitgeput na het werk of is minder zorgeloos door het werk. Daarnaast kan de houding van een persoon veranderen. Iemand is bijvoorbeeld snel geïrriteerd, cynisch, schrikachtig, niet meer geïnteresseerd in collega's of zelfs wantrouwend naar collega's. Verder kan iemand het gevoel hebben dat zijn werk niet zoveel zin meer heeft.



FOTO PAUL BREUKER

“Kijk waar je staat,  
wat je nodig hebt, stel  
grenzen en maak keuzes  
voor de lange termijn”

^ COEN VÖLKER

### Zorgen voor jezelf

Is een duidelijk beeld ontstaan van waar je staat, dan kan aan bepaalde punten gewerkt worden. Bijvoorbeeld door anders om te gaan met tegenslagen, emoties of problemen op de werkvloer. Völker: “Als je van jezelf weet hoe je met teleurstellingen en problemen omgaat, kun je je afvragen of die strategie echt werkt. Zo niet, dan is het zinvol een andere strategie te proberen. Daarnaast kan iemand bijvoorbeeld beter en bewuster eten, meer sporten of meer uitdaging op het werk zoeken.” Voor die verandering is echter wel tijd nodig. Een kant-en-klaarpizza is nu eenmaal sneller bereid dan een gezonde maaltijd en sporten kost tijd. Waar halen verpleegkundig specialisten die tijd vandaan? “Door keuzes te maken en grenzen te stellen”, stelt

“Als de voorwaarden voor je werk niet op orde zijn, dan is het volgen van een mentaalfitprogramma of mindfulnessstraining niet voldoende als burn-outpreventie”

Völker. “Je moet leren bewuster met je tijd om te gaan en niet maar door blijven rennen, want anders hol je jezelf uit. Het helpt niet mee als jij je overmatig verantwoordelijk voelt voor je patiënten en daarom maar door blijft gaan.”

### Arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden

Voor jezelf zorgen is dus belangrijker dan je denkt. Niet alleen qua eten, ontspanning, interesses en lichaamsbeweging, maar ook op het werk. Een veelgehoorde reactie van verpleegkundig specialisten is dat zij veel tijd kwijt zijn aan directe patiëntenzorg, waardoor zij niet of nauwelijks toekomen aan deskundigheidsbevordering, innovatie en onderzoek. Genoemde werkzaamheden behoren niet alleen bij de functie van verpleegkundig specialist, maar verhogen meestal ook het werkplezier en geven inspiratie; factoren die de kans op ‘uit balans raken’ verkleinen. Ook hier is grenzen stellen een goede remedie. Volgens het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist zouden deze zorgverleners zelf die grenzen moeten aangeven. Daarin staat immers dat een verpleegkundig specialist een zelfstandig beroepsbeoefenaar is die sturing geeft aan haar vak en permanent werkt aan haar persoonlijke en professionele ontwikkeling. “De werkomstandigheden moeten dat wel mogelijk maken”, zegt Völker. “Als dat niet zo is, dan is het volgen van een mentaalfitprogramma of mindfulnessstraining niet voldoende als burn-outpreventie. Waar nodig moeten arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden ook worden aangepast.”

**Vakgroep en hoger management**

Om meer grip te krijgen op de arbeidvoorwaarden en werkomstandigheden kan een verpleegkundig specialist zich aansluiten bij de vakgroep Verpleegkundig specialisten in het eigen ziekenhuis, die



tegenwoordig in veel ziekenhuizen aanwezig is. Binnen een dergelijke vakgroep wordt bijvoorbeeld het beleid ten aanzien van de verpleegkundig specialisten uitgezet, budget voor scholing geregeld en de visie op het vak besproken. Daarnaast is het van belang dat het hoger management een visie heeft op de beroepsgroep. "Een goed contact met het hoger management is dan ook erg belangrijk", verklaart Völker. "Het zou helemaal mooi zijn als verpleegkundig specialisten in de Raad van Bestuur en/of de Raad van Toezicht plaatsnemen. Daar kunnen zij werkelijk invloed uitoefenen op hun arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden."

**Conclusie**

Burn-outpreventie begint met (laten) zorgen voor jezelf. "Kijk waar je staat, wat je nodig hebt, stel grenzen en maak keuzes voor de lange termijn. Maar als de voorwaarden voor je werk niet op orde zijn, moet je op een hoger niveau het conflict durven aangaan", besluit Völker.

| Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

**Referentie**

1. Training Mentaal fit. Te raadplegen via [hdi.nl/academie/hdi-trainingen/mentaal-fit/](http://hdi.nl/academie/hdi-trainingen/mentaal-fit/)

**Verkorte productinformatie XTANDI™ 40 mg filmomhulde tabletten**

**Samenstelling:** Elke filmomhulde tablet bevat 40 mg enzalutamide. **Farmacotherapeutische groep:** hormoonantagonisten en verwante middelen, anti-androgenen, ATC-code: L02BB04. **Therapeutische indicaties:** De behandeling van volwassen mannen met niet-gemetastaseerd hormonaal-gevoelig prostaatkarcinoom; de behandeling van volwassen mannen met gemetastaseerd CRPC die asymptomatisch of licht symptomatisch zijn na falen van androgeendeprivatietherapie voor wie behandeling met chemotherapie nog niet klinisch geïndiceerd is; de behandeling van volwassen mannen met gemetastaseerd CRPC bij wie de ziekte progressief was tijdens of na behandeling met docetaxel. **Dosering en wijze van toediening:** Behandeling met enzalutamide moet worden gestart en gemonitord door gespecialiseerde artsen die ervaring hebben met de medische behandeling van prostaatkanker. De aanbevolen dosis is 160 mg enzalutamide (vier filmomhulde tabletten van 40 mg) als eenmaal daags orale dosis met of zonder voedsel. De filmomhulde tabletten mogen niet worden versneden, verpulverd of gekauwd, maar moeten in hun geheel worden doorgeslikt met water. Bij patiënten die niet operatief zijn gecastreerd, dient chemische castratie met een Luteïniserende Hormone-Releasing Hormone (LHRH)-analoog tijdens de behandeling te worden voortgezet. Als een patiënt Xtandi niet op het gebruikelijke tijdstip inneemt, dient de voorgeschreven dosis zo dicht mogelijk op het gebruikelijke tijdstip te worden ingenomen. Als een patiënt een dosis van een hele dag mist, dient de behandeling de volgende dag met de gebruikelijke dagelijkse dosis te worden hervat. Bij een  $\geq 3$  toxiciteit of onverdraaglijke bijwerking, dient de behandeling gedurende een week gestopt te worden of tot symptomen verbeteren tot  $\leq$  graad 2. Vervolgens dient de behandeling, indien gerechtvaardigd, hervat te worden op dezelfde of een verlaagde dosis (120 mg of 80 mg). Er is geen dosisaanpassing noodzakelijk bij lichte, matige of ernstige leverinsufficiëntie. Voorzichtigheid is geboden bij ernstige nierinsufficiëntie of terminale nierziekte. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Vrouwen die zwanger zijn of kunnen worden. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Risico op insult: Gebruik van enzalutamide is geassocieerd met insulten. De beslissing over voortzetting van de behandeling bij patiënten die een insult ontwikkelen, dient per geval te worden genomen. Posterieur reversibel encefalopathiesyndroom: Bij patiënten die Xtandi kregen zijn zeldzame gevallen van het posterieure reversibele encefalopathiesyndroom (PRES) gemeld. PRES is een zeldzame, reversibele, neurologische aandoening, die zich kan presenteren met snel ontwikkelende symptomen waaronder insulten, hoofdpijn, verwardheid, blindheid en andere visuele en neurologische stoornissen, met of zonder geassocieerde hypertensie. Een diagnose van PRES vereist een bevestiging door middel van beeldvorming van de hersenen, bij voorkeur door magnetische resonance imaging (MRI). Het wordt aanbevolen om de behandeling met Xtandi te stoppen bij patiënten bij wie zich PRES ontwikkelt. Gelijktijdig gebruik met andere geneesmiddelen: Enzalutamide is een krachtige enzyminductor en kan leiden tot het verlies van werkzaamheid van veel vaak gebruikte geneesmiddelen. Daarom dient een evaluatie van gelijktijdig gebruikte geneesmiddelen uitgevoerd te worden bij het starten van de enzalutamidebehandeling. Gelijktijdig gebruik van enzalutamide met geneesmiddelen die gevoelige substraten zijn van vele metaboliserende enzymen of transporters dienen over het algemeen vermeden te worden als het therapeutische effect van deze geneesmiddelen van groot belang is voor de patiënt en dosisaanpassingen niet makkelijk uitgevoerd kunnen worden op basis van monitoring van werkzaamheid of plasmaconcentraties. Gelijktijdig toediening met warfarine en coumarine-achtige anticoagulantia dient te worden vermeden. Wanneer Xtandi gelijktijdig wordt toegediend met een anticoagulans dat wordt gemetaboliseerd door CYP2C9 (zoals warfarine of acenocoumarol) dient extra International Normalised Ratio (INR) monitoring te worden uitgevoerd. Nierinsufficiëntie: Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie, omdat enzalutamide niet is onderzocht bij deze patiëntenpopulatie. Ernstige leverinsufficiëntie: Een toegenomen halfwaardetijd van enzalutamide is waargenomen bij patiënten met een ernstige leverinsufficiëntie, waarschijnlijk gerelateerd aan een toegenomen weefsel distributie. De klinische relevantie van deze observatie blijft onbekend. Een langere tijd om de steady-state plasmaconcentraties te bereiken wordt echter verwacht, en zowel de tijd tot maximaal farmacologisch effect als de tijd tot start en afname van de enzyminductie kan worden verlengd. Recente hartaandoeningen: In de fase 3-studies werden patiënten uitgesloten met een recent myocardinfarct (in de voorgaande 6 maanden) of onstabiele angina (in de voorgaande 3 maanden), hartfalen klasse III of IV van de New York Heart Association (NYHA) behalve bij een linkerventriëlejectiefractie (LVEF)  $\geq 45\%$ , bradycardie of ongecontroleerde hypertensie. Hier dient rekening mee gehouden te worden wanneer Xtandi bij deze patiënten wordt voorgeschreven. Androgeendeprivatietherapie kan het QT-interval verlengen: Bij patiënten met een voorgeschiedenis van of risico op QT-verlenging en bij patiënten die gelijktijdig geneesmiddelen gebruiken die mogelijk het QT-interval kunnen verlengen, dient de arts de baten/risicoverhouding, inclusief de kans op torsade de pointes, te beoordelen voorafgaand aan de start van Xtandi. Gebruik in combinatie met chemotherapie: De veiligheid en werkzaamheid van gelijktijdig gebruik van Xtandi met cytotoxic chemotherapie zijn niet vastgesteld. Gelijktijdige toediening van enzalutamide heeft geen klinisch relevant effect op de farmacokinetiek van intraveneuze docetaxel; een toename in het optreden van docetaxel-geïnduceerde neutropenie kan echter niet worden uitgesloten. Hulpstoffen: Xtandi bevat sorbitol (E420). Patiënten met een zeldzame erfelijke fructose-intolerantie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. Overgevoelighedsreacties: Overgevoelighedsreacties zijn waargenomen met enzalutamide, zich manifesterend met symptomen als, maar niet beperkt tot, huiduitslag of gelaats-, tong-, lip- of farynxoedeem. Interacties: Sterke remmers van CYP2C8 dienen vermeden te worden of met voorzichtigheid gebruikt te worden tijdens de behandeling met enzalutamide. Als een patiënt ook een sterke CYP2C8 dient te worden toegediend, dient de dosis van enzalutamide verlaagd te worden naar 80 mg eenmaal daags. Enzalutamide is een sterke enzyminductor en kan leiden tot verlies van klinisch effect van geneesmiddelen die gevoelige substraten zijn van CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 of UGT1A1. Als het therapeutische effect van deze geneesmiddelen van groot belang is voor de patiënt en dosisaanpassingen niet makkelijk uitgevoerd kunnen worden op basis van monitoring van werkzaamheid of plasmaconcentraties dienen deze geneesmiddelen vermeden of met voorzichtigheid gebruikt te worden. Bij gelijktijdig gebruik dienen patiënten geëvalueerd te worden op het mogelijke verlies van farmacologische effecten (of toename van de effecten in gevallen waarbij actieve metabolieten worden gevormd) tijdens de eerste maand van behandeling met enzalutamide. Indien nodig dient een dosisaanpassing overwogen te worden. Effecten op enzymen kunnen gedurende een maand of langer na het stoppen met enzalutamide aanhouden. Een geleidelijke dosisverlaging van het gelijktijdig toegediende geneesmiddel kan noodzakelijk zijn wanneer er wordt gestopt met de enzalutamidebehandeling. Ook P-gp, MRP2, BCRP en OAT1B1 kunnen mogelijk geïnduceerd worden. Geneesmiddelen met



een nauw therapeutisch bereik die substraten zijn voor P-gp dienen met voorzichtigheid te worden gebruikt wanneer ze gelijktijdig worden toegediend met enzalutamide en kunnen mogelijk dosisaanpassingen nodig hebben om optimale plasmaconcentraties te behouden. Omdat androgeendeprivatietherapie het QT-interval kan verlengen, dient het gelijktijdig gebruik van enzalutamide met geneesmiddelen waarvan bekend is dat zij het QT-interval verlengen of geneesmiddelen die torsade de pointes kunnen induceren zorgvuldig afgewogen te worden. **Bijwerkingen:** Samenvatting van het veiligheidsprofiel: De meest voorkomende bijwerkingen zijn asthenie/vermoeidheid, opvliegers, fracturen en hypertensie. Andere belangrijke bijwerkingen zijn vallen, cognitieve stoornis en neutropenie. Insulten traden op bij 0,4% van de met enzalutamide behandelde patiënten, bij 0,1% van de met placebo behandelde patiënten en bij 0,3% van de met bicalutamide behandelde patiënten. Zeldzame gevallen van het posterieure reversibele encefalopathiesyndroom zijn gerapporteerd bij patiënten die zijn behandeld met enzalutamide. Lijst met bijwerkingen in tabelvorm: De bijwerkingen waargenomen tijdens klinische studies worden hieronder per frequentiecategorie opgesomd. De frequentiecategories van bijwerkingen worden als volgt gedefinieerd: zeer vaak ( $\geq 1/10$ ), vaak ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ), zelden ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ), zeer zelden ( $< 1/10000$ ) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Binnen elke frequentiegroep zijn de bijwerkingen gerangschikt op afnemende ernst.

**Bijwerkingen die zijn vastgesteld in de gecontroleerde klinische studies en post-marketing**

MedDRA Systeem/orgaanklasse	Bijwerking en frequentie
Bloed- en lymfestselsaandoeningen Immuunsysteemaandoeningen Psychische stoornissen Zenuwstelselaandoeningen	Soms: leukopenie, neutropenie; <i>niet bekend</i> *: trombocytopenie <i>Niet bekend</i> †: gelaatsoedeem, tongoedeem, lipoedeem, farynxoedeem Vaak: angst; soms: visuele hallucinatie Vaak: hoofdpijn, geheugenstoornis, amnesie, aandachtsstoornis, restless legs syndroom; soms: cognitieve aandoening, insult†; <i>niet bekend</i> *: posterieur reversibel encefalopathiesyndroom Vaak: ischemische hartziekte†; <i>Niet bekend</i> *: QT-verlenging <i>Niet bekend</i> †: opvlieger, hypertensie <i>Niet bekend</i> †: misselijkheid, braken, diarree Vaak: droge huid, pruritus; <i>niet bekend</i> *: huiduitslag Zeer vaak: fracturen†; <i>niet bekend</i> *: myalgie, spierspasmen, spierzwakte, rugpijn Vaak: gynecomastie Zeer vaak: asthenie, vermoeidheid
Hartaandoeningen Bloedvataandoeningen Maagdarmstelselaandoeningen Huid- en onderhuidsaandoeningen Skeletpiersstelsel- en bindweefselstoornissen Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties	Vallen Vaak: vallen

\* Spontane meldingen afkomstig van post-marketingervaring  
† Geëvalueerd aan de hand van nauw begrensde zoekbewerkingen (narrow SMQ) van 'Convulsies met inbegrip van convulsie grand mal'-convulsie, complexe partiële insulten, partiële insulten en status epilepticus. Dit omvat ook zeldzaam voorkomende insulten met complicaties die overlijden tot gevolg hebben.  
‡ Geëvalueerd aan de hand van nauw begrensde zoekbewerkingen (narrow SMQ) van 'Myocardinfarct' en 'Andere ischemische hartziekte' met inbegrip van de volgende voorkeuren waargenomen bij ten minste twee patiënten in gerandomiseerde, placebogecontroleerde fase 3-onderzoek: angina pectoris, kranslagaderaanandoening, kranslagaderarteriosclerose.  
§ Omvat alle voorkeuren met het woord 'fractuur' bij betonen.  
**Beschrijving van geselecteerde bijwerkingen:** Insult: In gecontroleerde klinische studies kregen 13 patiënten (0,4%) van de 3.179 patiënten die behandeld werden met een dagelijkse dosis van 160 mg enzalutamide een insult, terwijl één patiënt (0,1%) die behandeld werd met placebo en één patiënt (0,3%) die behandeld werd met bicalutamide een insult kregen. De dosis lijkt een belangrijke voorspeller van het risico op insult te zijn, zoals weergegeven in preklinische gegevens en gegevens uit een dosisscalatiestudie. In de gecontroleerde klinische studies werden patiënten met een eerder insult of risicofactoren voor het krijgen van een insult uitgesloten. In de single-armstudie 9785-CL-0403 (UPWARD) om de incidentie van insulten te beoordelen bij patiënten met predisponerende factoren voor een insult (waarbij 1,6% een voorgeschiedenis van insulten had), kregen 8 (2,2%) van de 366 patiënten die met enzalutamide behandeld werden, een insult. De mediane duur van de behandeling was 9,3 maanden. Het mechanisme waardoor enzalutamide de insuldrempel kan verlagen is niet bekend, maar kan te maken hebben met gegevens uit *in-vitro*-onderzoeken waaruit blijkt dat enzalutamide en de actieve metaboolite ervan zich binden aan en de activiteit kunnen remmen van het GABA-gereguleerde chloridekanaal. Ischemische hartziekte: In gerandomiseerde, placebogecontroleerde klinische studies trad ischemische hartziekte op bij 2,5% van de patiënten die werden behandeld met enzalutamide plus androgeendeprivatietherapie (ADT) vergeleken met 1,3% van de patiënten die werden behandeld met placebo plus ADT. Melding van vermoedelijke bijwerkingen: Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, website [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl). **Afleverstatus:** XTANDI is uitsluitend verkrijgbaar op recept. **Raadpleeg volledige productinformatie (SmPC) op [www.astellas.nl](http://www.astellas.nl).** Astellas Pharma B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden. **Versie:** november 2018.

**Referenties:** 1. Beer TM et al. *N Engl J Med* 2014; 371: 424-433; 2. Xtandi Summary of Product Characteristics; 3. Hussain M et al. *N Engl J Med* 2018; 378: 2465-74; 4. Fields J et al. *Curr Ther Res.* 2015; 77: 79-92; 5. US FDA. Shape, size, and other physical attributes of generic tablets and capsules. *Guidance for Industry*, 2015; 6. Overgaard ABA et al. *Pharm World Sci.* 2001; 23(5): 185-88.





# Soms is minder zorg de beste zorg

Patiënten met een beperkte levensverwachting krijgen dikwijls onnodige medicijnen, zegt dr. Eric Geijteman, arts-onderzoeker en internist-oncoloog in opleiding in het Erasmus MC, Rotterdam. Tijdige sanering van de medicatielijst kan de laatste levensfase aanzienlijk draaglijker maken voor deze patiënten. Om welke medicijnen gaat het eigenlijk en wanneer stop je hiermee?

Eric Geijteman deelt de medicatie in drie groepen in: symptoombestrijders, medicijnen voor chronische aandoeningen en preventieve medicijnen. “Naarmate het overlijden dichterbij komt, krijgen patiënten meer medicijnen uit die eerste groep voorgeschreven, omdat de klachten over het algemeen toenemen in die periode”, zegt hij. Deze medicijnen zijn echter niet de ‘boosdoeners’. Het gaat met name om de preventieve medicijnen, bijvoorbeeld cholesterolverlagers of anti-hypertensiva. “Het is evident dat medicijnen die op lange termijn de kans op een aandoening met een paar procent verminderen niet zinvol zijn bij mensen met een beperkte levensverwachting. Met deze medicijnen kan dus in ieder geval gestopt worden.”<sup>1</sup> Uit onderzoek

van Geijteman blijkt echter dat patiënten deze medicijnen tot een aantal weken of dagen voorafgaand aan het overlijden krijgen.<sup>2</sup> “Vaak zelfs tot het moment dat de patiënt de medicatie niet meer kan innemen, omdat diegene niet meer kan slikken.”

Ook medicatie voor chronische aandoeningen is vaak aan te passen. “De behandeldoelen bij deze aandoeningen veranderen nog wel eens tegen het einde van een leven. Bij iemand met diabetes bijvoorbeeld, verlaagt een laag-normale suikerspiegel weliswaar de kans op schade op de lange termijn, maar het kan ook ernstige bijwerkingen op de korte termijn geven, terwijl een licht verhoogde suikerspiegel geen problemen op korte termijn geeft. Bij patiënten in de laatste levensfase wil je vooral die bijwerkingen op korte termijn voorkomen, waardoor je minder of zelfs geen diabetesmedicijnen kunt geven.” Stoppen met bepaalde medicijnen kan ook zinvol zijn, omdat bepaalde lichaamsfuncties veranderen bij een naderende dood. De bloeddruk gaat bijvoorbeeld veelal omlaag; nog een reden om anti-hypertensiva te staken.



“Het is evident dat medicijnen die op lange termijn de kans op een aandoening met een paar procent verminderen niet zinvol zijn bij mensen met een beperkte levensverwachting”

“In de communicatie moet het niet gaan om de zinloosheid van het continueren van de medicijnen, maar om de zinvolheid om ermee te stoppen”

### Herkennen van het imminente einde

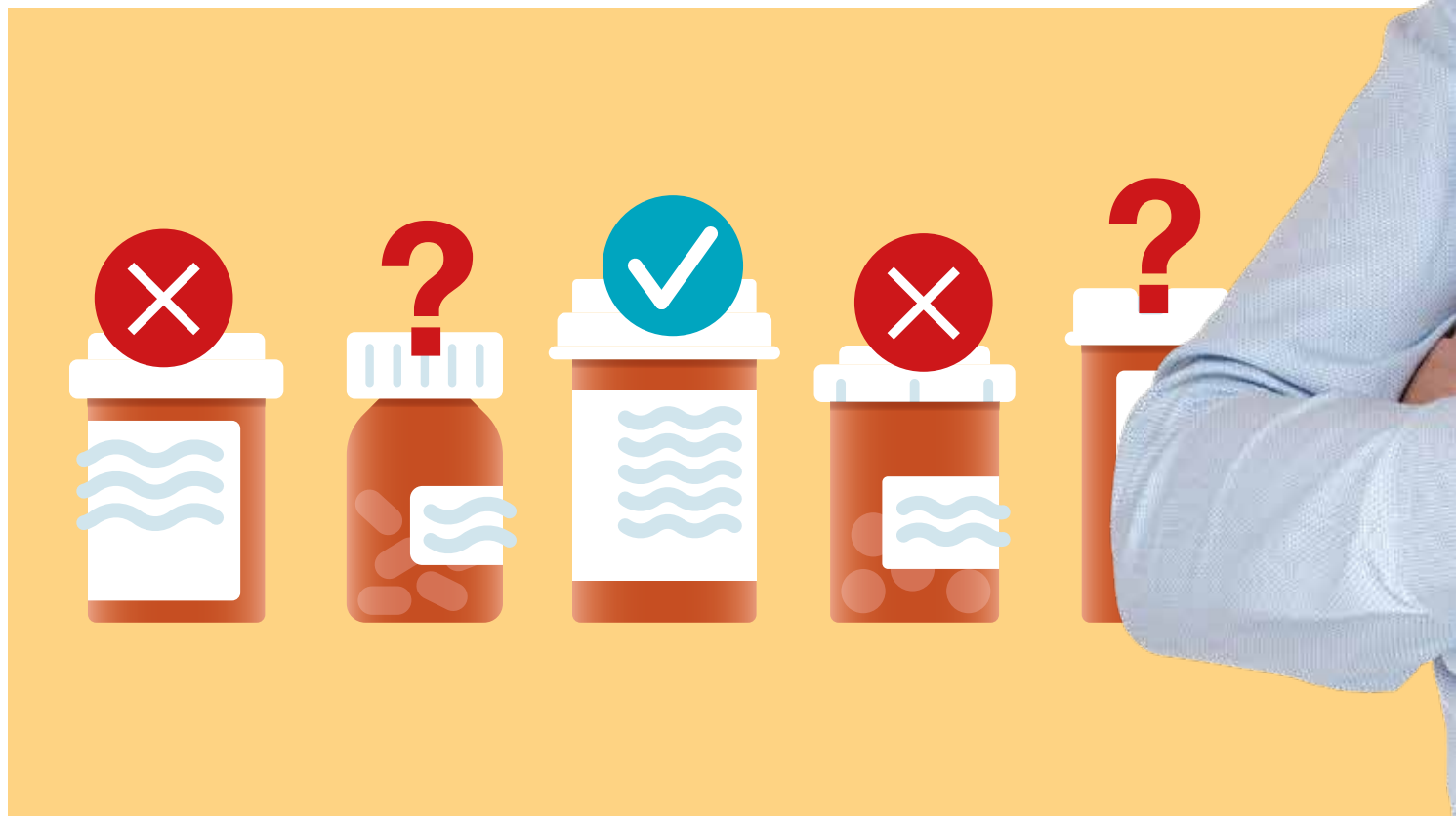
Om bijtijds de medicatieprescriptie op te schonen is het essentieel de laatste levensfase te herkennen. Hoe markeer je die fase? “Dat is lastig”, zegt Geijteman. “Voor de naderende dood bestaan een aantal aanwijzingen, zoals de cheyne-stokesademhaling en een spitsere neus. Deze manifesteren zich echter pas laat in het stervensproces. Daarom zijn onderzoekers op zoek naar objectieve parameters die zorgverleners helpen het overlijden eerder te herkennen.”

Voor het herkennen van een overlijden op middellange termijn raadt hij aan om de zogenoemde *surprise question* te gebruiken: zou ik verbaasd zijn als de patiënt binnen een jaar overlijdt? “Is het antwoord daarop ‘nee’, dan kun je al een keer naar de medicijnlijst kijken en bijvoorbeeld stoppen met de preventieve medicijnen.” Voor sommige preventieve medicijnen gaat dat niet direct op. “Bij iemand die anti-stollingsmedicijnen krijgt om de kans op een herseninfarct te verkleinen

en die nog een jaar heeft te gaan, is het misschien beter om dichter op het overlijden te stoppen met deze medicijnen.”

### Visie van artsen en patiënten

Geijteman deed ook onderzoek naar de visie van artsen op staken van medicatie in de laatste levensfase.<sup>3</sup> “Driekwart van de onder-vraagde artsen is het eens met de stelling dat patiënten in die fase te veel medicijnen krijgen. Zij vinden dat preventieve medicatie achter-wege kan blijven en dat medicatie voor chronische aandoeningen aangepast kan worden. In de praktijk gebeurt dat echter zelden, onder andere omdat artsen dan te weinig stilstaan bij het medicatiegebruik van een patiënt. Daarnaast zijn artsen bang de patiënt het idee te geven dat ze de spreekwoordelijke handdoek in de ring gooien, of ze denken dat patiënten niet willen stoppen met hun medicijnen. Verder zijn de consequenties van stoppen met medicijnen niet bekend.”<sup>4</sup> Bij dat laatste komt een bepaalde psychologie kijken.





<ERIC GEIJTEMAN

“Stopt een arts met behandelen en er gebeurt iets met de patiënt, dan wordt het stoppen met behandelen als oorzaak gezien. Start een arts een interventie en de patiënt overlijdt, dan heerst bij artsen het idee dat zij er alles aan gedaan hebben om de patiënt te helpen.” Die cultuur van ‘hoe meer, hoe beter’ wordt volgens Geijteman al gevoed in de opleiding tot arts. “Artsen leren vooral hoe je een aandoening behandelt en niet dat het soms beter is om een interventie niet in te zetten of een behandeling te staken. Als het evident is dat iemand gaat overlijden, moet je geen reguliere zorg toepassen, maar bedenken wat je kunt doen om die laatste dagen zo comfortabel mogelijk te maken. Soms is dat afzien van bepaalde interventies.”

Van patiënten mag het aantal medicijnen aan het eind van hun leven omlaag.<sup>5</sup>

“Het is wel belangrijk dat uitgelegd wordt waardoor het mogelijk is om minder medicijnen in te nemen”, zegt Geijteman. “Vooral als een medisch specialist ooit heeft gezegd om bepaalde medicijnen voor de rest van het leven in te nemen.”

**Less is more**

Communicatie over staken van medicatie in de laatste levensfase is nog wel een aandachtspunt. “Zorgverleners zeggen soms tegen patiënten dat ze willen stoppen met een medicijn, omdat het medicijn toch geen zin meer heeft”, vertelt Geijteman.<sup>5</sup> “In de communicatie moet het echter niet gaan om de zinloosheid van het continueren van de medicijnen, maar om de zinvolheid om ermee te stoppen. Je wilt een patiënt niet blootstellen aan een interventie die geen meerwaarde heeft, maar wel problemen kan geven. Door te stoppen met bepaalde medicatie willen we juist optimale zorg verlenen. Dat moet je goed met de patiënt bespreken, waarbij je ook de psychologische en existentiële aspecten met de patiënt bespreekt”, aldus Geijteman.

Soms vindt in zijn geheel geen communicatie over een naderend einde plaats. “Artsen zien vaak al dat het einde evident is, maar bespreken dat niet met de patiënt of zijn naasten. Dat zou wel moeten, zodat er ruimte is om goed afscheid te nemen en waardig te sterven. Zelfs als er nog een kleine kans is dat de patiënt een crisis overleeft, is het goed om de mogelijkheid van overlijden te bespreken.” | [Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist](#)

**Referenties**

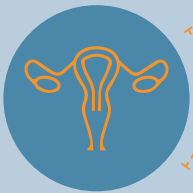
1. Geijteman EC, et al. JAMA Intern Med 2015;175:346.
2. Arevalo JJ, et al. J Palliat Med 2018;21:149-55.
3. Geijteman EC, et al. J Palliat Med 2018;21:1166-70.
4. Geijteman EC, et al. J Am Geriatr Soc 2016;64:2602-4.
5. Reeve E, et al. J Am Geriatr Soc 2013;61:1508-14.

Foto STEFAN SEGGERS

De enige PARP-remmer  
met >5 jaar follow-up data<sup>1,2,3</sup>

## BEWEZEN EFFECTIVITEIT BIJ DIVERSE INDICATIES

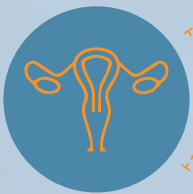
### Geregistreerde indicaties<sup>1</sup>



#### 1L BRCAm Ovariumcarcinoom

*1<sup>e</sup> lijn na respons op platina bevattende chemotherapie<sup>1</sup>*

- 60% was na 3 jaar nog progressievrij<sup>1,4</sup>
- Bijwerkingen voornamelijk graad 1-2<sup>1,4</sup>
- ~3 van de 4 patiënten bleven op de volledige aanbevolen dosering<sup>4</sup>



#### 2L PSR Ovariumcarcinoom

*2<sup>e</sup> lijn na respons op platina bevattende chemotherapie, ongeacht de BRCA-status<sup>1</sup>*

- 13% was na 5 jaar nog progressievrij<sup>7</sup>
- Merendeel van de bijwerkingen was mild tot matig<sup>1,5-8</sup>
- Behoud van kwaliteit van leven, ook op lange termijn<sup>6</sup>



#### BRCAm HER2- mBC

*HER2- mBC met een kiembaan BRCA-mutatie, na eerdere behandeling met anthracycline en taxaan<sup>1</sup>*

- PFS 7,0 vs. 4,2 maanden met chemotherapie<sup>9</sup>
- Verdubbelde de respons vs. chemotherapie<sup>1,9</sup>
- Significante verbetering van kwaliteit van leven vs. chemotherapie<sup>1,9</sup>

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden.

Verkorte productinformatie elders in deze uitgave. NL-4252 – 01/05/2021.

Referenties: 1. Lynparza SPC. 2. Niraparib SPC. 3. Rucaparib SPC. 4. Moore K, et al. N Engl J Med. 2018; DOI: 10.1056/NEJMoaf810858. 5. Ledermann J, et al. N Engl J Med 2012;366(15):1382-1392. 6. Ledermann J, et al. Lancet Oncol 2014;15(8):852-861. 7. Ledermann J, et al. Lancet Oncol 2016;17(11):1579-1589. 8. Pujade-Lauraine E, et al. Lancet Oncol 2017;18(9):1274-1284. 9. Robson M, et al. N Engl J Med. 2017;377(6):523-533.

**Lynparza**<sup>®</sup>  
**olaparib**  
tabletten 150 mg





# Vakgroep Palliatieve Zorg

Het Nederlandse zorglandschap kent een nieuw fenomeen: de vakgroep Palliatieve Zorg. Drie jaar geleden werd in Rijnstate in Arnhem de palliatieve zorg al ondergebracht in een resultaatverantwoordelijke eenheid, wat vergelijkbaar is met een vakgroep. Ruim een jaar geleden waagden twee andere ziekenhuizen zich onafhankelijk van elkaar ook aan deze pioniersonderneming. Mascha Juffermans, MANP, verpleegkundig specialist Palliatieve Zorg in het Spaarne Gasthuis in Haarlem, en dr. Jan Willem de Jong, longarts en kaderarts Palliatieve Zorg in het Ommelander Ziekenhuis Groningen, vertellen over de organisatie en financiering van de jonge vakgroep in hun ziekenhuis.

In beide ziekenhuizen komt de vakgroep voort uit een bestaand palliatief adviesteam (PAT), dat volgens SONCOS-normen in elk ziekenhuis aanwezig dient te zijn. Wat is de meerwaarde van een vakgroep Palliatieve Zorg? Jan Willem de Jong: “Als palliatievezorgverleners ben je dan net zo zichtbaar en benaderbaar als andere vakgroepen, zoals Longgeneeskunde of Cardiologie. Bovendien laat het aan andere zorgverleners meer zien dat we een partner zijn in de zorg van patiënten, meer dan met een commissie Palliatieve Zorg of een PAT.” Mascha Juffermans: “Als vakgroep neem je een officiële plaats in de organisatiestructuur in. Zo organiseer je bijvoorbeeld makkelijker dat artsen uit het team formeel tijd krijgen voor palliatieve zorg.”

## Meer dan alleen advies

Een PAT geeft vooral advies. Geldt dat ook voor een vakgroep Palliatieve Zorg? Juffermans: “In het Spaarne Gasthuis nemen we nu ook kortdurend patiënten op of over, waarbij wij dan hoofdbehandelaar zijn en het beleid bepalen. Vorig jaar zijn vijftig patiënten bij ons opgenomen.” De Jong: “Wij geven vooral advies. De hoofdbehandelaars doen zelf de

behandeling. Alleen in uitzonderlijke situaties nemen we een patiënt over. Bijvoorbeeld wanneer de orthopeed een heupfractuur heeft behandeld bij een kwetsbare patiënt, maar er treden complicaties op waardoor de focus van zorg zich volledig richt op behandeling van klachten en comfort. De patiënt kan dan in overleg worden overgenomen door het PAT, zodat de orthopeed zich kan richten op andere patiënten.”

## Samenstelling en organisatie vakgroep

In het Ommelander Ziekenhuis Groningen bestaat de vakgroep uit twee internist-oncologen, drie intensivisten, een longarts - tevens kaderarts Palliatieve Zorg -, een internist-geriater en twee verpleegkundigen als palliatief consulents. Zij vertegenwoordigen het PAT. Daarnaast zijn de apotheker, medisch maatschappelijk werker, de medisch psycholoog en de huisarts onderdeel van de vakgroep. De activiteiten binnen de vakgroep zijn vergelijkbaar met die van andere vakgroepen: er worden vakgroepvergaderingen gehouden, er is een reglement, een polikliniek, een dienstregeling en er zijn wekelijks multidisciplinaire overleggen (MDO) conform de eisen van een DBC. “Daar bespreken we alle patiënten bij wie een palliatief consult is gedaan”, vertelt De Jong. “De hoofdbehandelaar is op de hoogte en kan aansluiten, maar in de praktijk gebeurt dat weinig. Dat is ook niet altijd nodig; het contact met de hoofdbehandelaar is al tijdens het consult. Alleen bij ernstige persisterende problemen halen we de hoofdbehandelaar erbij.”

De vakgroep in het Spaarne Gasthuis bestaat uit vier verpleegkundig specialisten, een longarts, een pijnarts, een geriater en een internist-oncoloog. Van de artsen hebben er drie een kaderopleiding Palliatieve Zorg gevolgd. Het voordeel van deze samenstelling is de zelfstandigheid die de verpleegkundig specialist heeft: zij kunnen DBC's openen, verrichtingen registreren en zelfstandig consulten uitvoeren. Bij het wekelijkse MDO schuiven zorgverleners uit ondersteunende disciplines

**Juffermans:** “Als vakgroep neem je een officiële plaats in de organisatiestructuur in. Zo organiseer je bijvoorbeeld makkelijker dat artsen uit het team formeel tijd krijgen voor palliatieve zorg”

aan, zoals een geestelijk verzorger. Eens per maand is er een 'groot' MDO, waar ook huisartsen, een apotheker en verpleegkundigen uit de thuiszorg aansluiten. Hoofdbehandelaars zijn slechts sporadisch present bij klein of groot MDO. Juffermans: "Deelnemen is voor hen planningstechnisch niet haalbaar, omdat zij vaak drukke spreekuren en een aantal eigen MDO's hebben. Bij de palliatieve consulten zien we ze niet standaard, omdat communicatie dan meestal via arts-assistenten gaat. Indien nodig stemmen we uiteraard af met de hoofdbehandelaar van de patiënt."

### Financiering

De vakgroepen dienen zichzelf op den duur te bedruipen. Inkomsten komen van palliatieve DBC's. De Jong: "Verscheidende vakgroepen, zoals Longziekten, Neurologie en Interne Geneeskunde, kennen palliatieve DBC's. Om deze mee te kunnen rekenen, moeten patiënten besproken zijn in het MDO van de vakgroep Palliatieve Zorg. Daarnaast zijn er DBC's voor patiënten die wij opnemen en voor de polikliniek Palliatieve Zorg. De economische administratieve dienst van het ziekenhuis houdt bij hoeveel palliatieve DBC's er zijn, zodat duidelijk is wat de inbreng is van de vakgroep Palliatieve Zorg."

Vanuit de inkomsten van de vakgroep dienen degenen betaald te worden die een aanstelling hebben binnen de vakgroep. "Dat zijn de palliatief consulente(n)", meldt De Jong. "Daarnaast ben ik voor 0,6 fte in dienst van de vakgroep; mijn overige uren vallen onder Longgenees-



### V MASCHA JUFFERMANS



FOTO MARLOU PULLES

## De Jong: “Het opzetten van een vakgroep vraagt geduld, motivatie maar ook een financiële investering”

< JAN WILLEM DE JONG

kunde. De andere artsen van de vakgroep Palliatieve Zorg doen het werk onbezoldigd naast hun baan als internist of intensivist.”

In het Spaarne Gasthuis is de vakgroep een pilot. Gedurende de twee jaar dat de pilot loopt, zijn de artsen voor een stukje formatie uit de eigen vakgroep gestapt om officieel deel uit te maken van de vakgroep Palliatieve Zorg. Drie van hen worden betaald vanuit het medisch specialistische bedrijf (MSB), de vierde is in loondienst bij het ziekenhuis. De verpleegkundig specialisten worden eveneens door het ziekenhuis betaald. “In lijn vallen we als verpleegkundig specialisten onder de oncologie”, vertelt Juffermans. “Op papier hebben we wel ieder een eigen specialisme, zoals anesthesie of geriatrie. Dit is gunstig, want je hebt twee of meer specialismen nodig voor een MDO en een verpleegkundig specialist mag een medisch specialist daarin vervangen. Alle DBC’s openen we onder de anesthesie om paralleliteit te voorkomen.”

Beide ziekenhuizen hebben geen eigen verpleegafdeling voor patiënten die binnen de vakgroep zijn opgenomen. Juffermans: “De patiënt wordt of blijft opgenomen bij het specialisme waar diegene het meest thuis hoort. Oncologie bij Oncologie, hartfalen bij Cardiologie, longfalen bij Longgeneeskunde. De bedden en de verpleging worden vooralsnog betaald door de betreffende afdeling.”

### Aandachtspunten

Waar dienen palliatieve teams in andere ziekenhuizen die een vakgroep op willen zetten aan te denken? De Jong: “Het vraagt geduld, motivatie maar ook een financiële investering. Het helpt dat de raad van bestuur de palliatieve zorg binnen het Ommelander Ziekenhuis Groningen nog verder wil ontwikkelen. Je hebt ook één of meer kartrekkers nodig die zich ervoor in willen en kunnen zetten. Wat dat

betreft zijn we blij met de formatie die we hebben gekregen. Het enorme animo van de artsen die het naast hun werk doen is ook erg belangrijk. Je moet met zijn allen wel blijven trekken en duwen.” Dat in het Groningse ziekenhuis de palliatief consulenten verpleegkundigen zijn, heeft een nadeel. “Zij mogen geen DBC’s openen, zodat altijd een van de artsen van de vakgroep dat moet doen. Dat betekent dat die arts ook altijd direct contact met de patiënt moet hebben. Dat gaan we aanpassen door in ieder geval een van de verpleegkundig consulenten Palliatieve Zorg een opleiding tot verpleegkundig specialist aan te bieden.”

Juffermans waarschuwt verpleegkundig specialisten er vooral voor dat de werkzaamheden anders kunnen worden in een vakgroep, zeker als het ziekenhuis kiest voor een model waarbij het team kostendekkend moet zijn. “Sinds we een vakgroep zijn, ligt de nadruk erg op de productie. De vakgroep is een pilot; we hebben twee jaar de tijd om de vakgroep kostendekkend te krijgen. Waar het wringt is dat palliatieve zorg intensieve zorg is, waarin veel aandacht wordt besteed aan de patiënt. Dat is lastig kostendekkend te maken. Het MSB staat momenteel garant voor het inkomen van de artsen van de vakgroep Palliatieve Zorg en vult dat aan als de productie van de vakgroep tegenvalt. Het MSB kijkt daardoor erg mee naar wat we doen. Wij moeten kwartaalcijfers aandragen en meer verantwoording afleggen, bijvoorbeeld waarom er niet meer opnames gedaan zijn of meer en kortere consulten. Ik vind het juist belangrijk om kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg te leveren en daarnaast tijd te investeren in jonge arts-assistenten voor wie palliatieve zorg soms helemaal nieuw is. Daarnaast steken we tijd in deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbeterprojecten. De tijd die je daarin steekt, kun je niet geheel declareren; dat past niet bij productie draaien.”

In het Ommelander ziekenhuis Groningen zijn alle artsen in loondienst. “Dat maakt het wel iets makkelijker”, zegt De Jong.

Juffermans drukt verpleegkundig specialisten op het hart goed te bespreken wat het doel van de vakgroep zou moeten zijn en hoe de verpleegkundig specialist daar binnen past. “In principe is een vakgroep niet anders dan een samenwerkingsverband. Het is positief dat de palliatieve zorg zichtbaarder is en dat artsen er tijd voor krijgen, maar er zitten ook beperkingen aan.”

### Onzekerheid

De Jong is er voorstander van dat palliatieve zorg of palliatieve geneeskunde een officieel geregistreerd specialisme gaat worden. “In dat opzicht zijn we nu aan het pionieren. Je hoopt wel dat het uiteindelijk als zodanig wordt erkend, maar het kan ook dat we als vakgroep straks niet verder kunnen. Dat is nog een stuk onzekerheid. Je moet echter ergens beginnen. Zo is het met de andere vakgroepen ook ooit gegaan.” | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

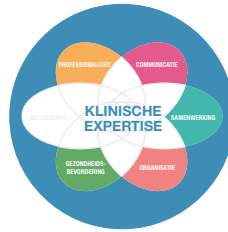
## Juffermans: “Het is positief dat de palliatieve zorg zichtbaarder is en dat artsen er tijd voor krijgen, maar er zitten ook beperkingen aan”

“Patiënten krijgen regelmatig met verschillende aanspreekpunten te maken, omdat ze van de ene hoofdbehandelaar naar de andere gaan”

< JOSIEN SCHOO

PATRICIA VAN MIERLO >





# Palliatieve zorg in de regio: volg de patiënt

In het netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers werken zorgverleners uit eerste, tweede en derde lijn samen aan verbetering van de palliatieve zorg. Verpleegkundig specialist Palliatieve Zorg Josien Schoo, MANP, en klinisch geriater en kaderarts Palliatieve Zorg drs. Patricia van Mierlo, beiden werkzaam in Rijnstate in Arnhem, vertellen over de projecten Palliatieve zorgcoach en Toekomstige zorgplanning, waarmee de zorg vanuit de verschillende lijnen nog meer verweven raakt.

Voorafgaand aan het optuigen van de projecten is aan patiënten in de palliatieve fase gevraagd hoe zij de palliatieve zorg ervaren. “Een van de belangrijkste punten voor hen was dat zij vaak niet goed wisten wie waar en wanneer verantwoordelijk voor was en wie zij het beste konden aanspreken”, vertelt Patricia van Mierlo. “Patiënten krijgen regelmatig met verschillende aanspreekpunten te maken, omdat ze van de ene hoofdbehandelaar naar de andere gaan, bijvoorbeeld van longarts naar huisarts of hospicearts. Patiënten willen graag gedurende het hele palliatieve traject één gezicht en dan liefst van iemand die gespecialiseerd is in palliatieve zorg.”

## Samen naar het hospice

Om patiënten in ieder geval bij de overgang van ziekenhuis of thuis naar hospice te begeleiden, loopt sinds 2017 een pilot in de regio Arnhem, het Hospiceproject. In deze pilot, waarbij hospice Rozenheuvel, huisartsen en verpleegkundig specialisten van Rijnstate en thuiszorgorganisatie Groot Gelre betrokken zijn, volgt de verpleegkundig specialist de patiënt ongeacht zijn of haar verblijfplaats. Dit betekent dat de patiënt bij de overgang vanuit thuis of vanuit ziekenhuis naar hospice, begeleid blijft door zijn vaste verpleegkundig specialist. Van Mierlo: “Bij de overgang naar het hospice is bijvoorbeeld de hospicedokter - in dit geval de aan hospice Rozenheuvel verbonden huisartsen - de regievoerder van het medisch beleid. De verpleegkundig specialist kan de patiënt echter ook in het hospice blijven begeleiden en blijft hiermee een vast gezicht voor de patiënt. Bovendien heeft zij specia-

listische kennis op het gebied van palliatieve zorg waar de huisarts, het verpleegkundig team binnen het hospice en de patiënt gebruik van kunnen maken als daar behoefte aan is.”

## Palliatievezorgcoach

Het nog lopende Hospiceproject is in feite de voorloper van een project dat afgelopen juni van start ging. “In het voorgaande project zijn enkele randvoorwaarden voor anderhalvelijnszorg gecreëerd. In het nieuwe project staat de patiënt centraal”, legt Van Mierlo uit. “De verpleegkundig specialist gaat dan van begin tot eind mee met de patiënt; niet alleen van ziekenhuis naar huis. Patiënten met een ongeneeslijke ziekte leven immers steeds langer. Een patiënt die te horen krijgt dat hij of zij ernstig ziek is, gaat na één of meer behandelingen in het ziekenhuis naar huis, maar komt na een tijd misschien weer in het ziekenhuis en gaat mogelijk uiteindelijk naar een hospice. We

**Van Mierlo: “Patiënten willen graag gedurende het hele palliatieve traject één gezicht en dan liefst van iemand die gespecialiseerd is in palliatieve zorg”**

## Schoo: “Is bijvoorbeeld een palliatief team of wijkverpleging al betrokken, dan wordt daarmee afgestemd over de verdere inrichting van de zorg en ondersteuning en over wie welke taak verricht”

zorgen dat de patiënt dat hele traject hetzelfde aanspreekpunt - de palliatievezorgcoach - heeft, ongeacht wie de hoofdbehandelaar is van die patiënt: huisarts, longarts, cardioloog, internist-oncoloog of hospicearts. Deze palliatievezorgcoach kan dan steeds de wensen van de patiënt over behandelingen en zorg helpen verwezenlijken.”

### Samen naar het ziekenhuis

In deze nieuwe pilot werken twee verpleegkundig specialisten vanuit het ziekenhuis en twee vanuit de Thuiszorg Groot Gelre samen in een transmuraal team. “Er zijn namelijk ook patiënten die in de eerste lijn horen dat zij ongeneeslijk ziek zijn”, legt Josien Schoo uit. “Soms bestaat al contact met een verpleegkundig specialist van de thuiszorg. Wanneer dat zo is, blijft die relatie uiteraard bestaan. Is bijvoorbeeld een palliatief team of wijkverpleging al betrokken, dan wordt daarmee afgestemd over de verdere inrichting van de zorg en ondersteuning en over wie welke taak verricht. Als die patiënt naar het ziekenhuis komt, dan kan de verpleegkundig specialist uit de thuiszorg meekomen en de hoofdbehandelaar en patiënt in het ziekenhuis adviseren. De patiënt houdt dus zijn vaste aanspreekpunt, ongeacht waar hij of zij met deze persoon in contact is gekomen. Dat is niet alleen goed voor de continuïteit van de zorg, maar is ook fijn voor de patiënt. Hij of zij hoeft dan niet elke keer opnieuw persoonlijke details te vertellen aan een volgend aanspreekpunt en aan te geven wat zijn of haar wensen zijn wat betreft behandelingen en zorg. Die puf heeft iemand die ziek is vaak niet.”

### Zorgreis is leidend

In eerste instantie werd gedacht dat een meereizende verpleegkundig specialist niet mogelijk was, vanwege organisatorische en financiële verschillen tussen de instellingen die de patiënt op zijn of haar zorgreis aandoet. “Je kunt niet de ene financiering over laten gaan in de andere en ook verschilt de manier van werken per instelling”, licht Van Mierlo toe. “Als organisaties hebben we echter gezegd: we kijken niet naar wat wel en niet kan, maar wat voor de patiënt belangrijk is. Het project is dan ook eerst inhoudelijk opgetuigd vanuit de behoefte van de patiënt. De financiële en organisatorische aspecten moeten zich daar naar voegen. Momenteel kijken we met de betrokken organisaties, waaronder zorgverzekeraar Menzis, hoe het financieel geregeld kan worden. Dat is anders dan bij de meeste projecten, waar eerst de financiering en organisatie worden geregeld, voordat een project van start gaat.”

### Teaminvestering

Voor de projecten was dan ook geen projectgeld beschikbaar. Van Mierlo: “Alles is vanuit het netwerk zelf gedaan. Ook het vrijmaken van

de verpleegkundig specialisten. Dat vraagt wel wat van de collega's in een instelling, want degenen die in het project meedraaien, zijn vaker op een andere locatie, waardoor anderen het ontstane gat binnen het ziekenhuis of de thuiszorg moeten opvangen. Dat maakt het een investering van het hele team en niet alleen van de direct betrokken projectgroepleden.”

Menzis zorgde voor het enige extraatje: een onafhankelijke projectleider, die niet uit een van de deelnemende organisaties kwam. “Door de neutraliteit van deze persoon werd beter duidelijk wat de betrokken partijen moesten doen of juist aan een andere partij moesten overlaten om de zorg ook echt op de patiënt te richten”, aldus Van Mierlo.

### Toekomstige zorgplanning

De samenwerking in de regio wordt verder verdiept in een project over toekomstige zorgplanning. “Hierbij zijn naast het COPZ ook de afdeling Longgeneeskunde, de regionale vereniging voor huisartsen en in COPD gespecialiseerde verpleegkundigen van thuiszorgorganisatie STMG en STMR betrokken. Bij patiënten met een ongeneeslijke aandoening is het verstandig om een plan te hebben voor als het slechter gaat met de patiënt”, stelt Van Mierlo. “We weten dat bij zowel artsen als patiënten barrières aanwezig zijn om daarover te praten, terwijl ze allebei eigenlijk aanvoelen dat een gesprek wel verstandig is. In het project proberen we beide partijen zover te krijgen toch in gesprek te gaan.” Voor dat laatste zijn drie vaste stappen bepaald: 1) selectie van patiënten die misschien behoefte hebben aan zo'n gesprek en verstrekken van voorlichtingsmateriaal aan hen, 2) uitleg aan betreffende patiënten over wat toekomstige zorgplanning is tijdens een voorlichtingsavond, 3) gesprek met de patiënt over de betekenis van toekomstige zorgplanning voor diens persoonlijke situatie. “In principe zal de verpleegkundig specialist in het ziekenhuis of de longverpleegkundige in de eerste lijn het gesprek opstarten, maar dat kan ook door de huisarts of longarts; de rollen liggen niet vast”, benadrukt Van Mierlo. “Het gaat om een samenspel van zorgverleners. Als bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist in het ziekenhuis erover begint, kan deze de patiënt zeggen ook eens met de huisarts over toekomstige zorgplanning te spreken. De huisarts gaat er dan op verder.”

### Geen transmuraal dossier

De communicatie tussen de zorgverleners is nog wel een uitdaging. “Er is geen transmuraal dossier van een patiënt, waarmee de zorgverleners elkaar op de hoogte kunnen houden over die patiënt”, geeft Schoo aan. “Voor communicatie tussen de zorgverleners hebben we daarom gekozen voor een communicatieplatform: OZOverbindzorg. Dit communicatiemiddel is vrij nieuw. Rijnstate en de huisartsen in de regio hebben er nog niet veel ervaring mee, maar voor het project is het voor nu de meest passende manier om goed met elkaar te communiceren.”

### Transmuraal centrum

Voor een echt geïntegreerde palliatieve zorg hebben Schoo en Van Mierlo een transmuraal centrum voor ogen. “Eén centrum waarin alle zorgverleners betrokken bij palliatieve zorg in de regio werkzaam zijn: wijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist, medisch specialist en huisarts”, verduidelijkt Van Mierlo. “Alle organisaties die gebruikmaken van de diensten en kennis van die professionals zouden financieel kunnen bijdragen aan dat centrum. Voorlopig is dat centrum echter nog een stip op de horizon.” | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist



# Palliatieve patiënten met kanker hebben baat bij systematisch monitoren van symptomen van angst

Patiënten met kanker in de palliatieve fase zijn gebaat bij systematische en structurele aandacht voor angst. Dit is één van de aanbevelingen uit het proefschrift van verpleegkundig specialist dr. Daniëlle Zweers, UMC Utrecht, over verpleegkundige interventies bij angst.

In de palliatieve fase ervaren patiënten momenten van angst. Sommigen spreken echt van angst, anderen verwoorden het als gespannenheid, bezorgdheid of bangheid. Welke duiding ze er ook aan geven, er zijn nogal wat redenen voor: angst om dood te gaan, om dierbaren achter te laten, om het benauwd te krijgen, om pijn te hebben, om controle te verliezen. Hoewel oncologieverpleegkundigen er in hun werk dagelijks mee te maken hebben, is er tijdens de opleiding beperkt aandacht voor.

Verpleegkundigen zijn voor het verzorgen van palliatieve patiënten met angstsymptomen vooral aangewezen op hun intuïtie en ervaring. Als verpleegkundige liep Daniëlle Zweers hier tegenaan. Daarom besloot ze hier onderzoek naar te doen, in eerste instantie om er de verpleegkundige zorg mee te verbeteren. Na publicatie van een aantal artikelen stelde haar begeleider en daarna promotor voor er een promotietraject van te maken. En zo geschiedde: afgelopen mei promoveerde de inmiddels verpleegkundig specialist aan de Universiteit Utrecht op angst in de palliatieve fase. Met als doel zorgverleners te ondersteunen bij de vroegtijdige herkenning en behandeling ervan.

“Voor veel angsten bestaan nu eenmaal geen pleisters. Maar patiënten hebben wel behoefte aan een luisterend oor”

## Verpleegkundige domein

De promovenda interviewde hiervoor veertien palliatieve patiënten die in een hospice verbleven. Daarnaast sprak ze veertien naasten van patiënten. Uit die gesprekken leidde ze een aantal behoeftes af, die ertoe kunnen bijdragen dat patiënten minder angstig zijn. De belangrijkste, zo ontdekte ze, is het geven van goede en volledige informatie. Zweers: “De meeste patiënten gaven aan behoefte te hebben aan informatie over (de progressie van) hun ziekte, behandelopties en levensverwachting. Vooral het idee dat bepaalde informatie achtergehouden zou worden, omdat die te akelig zou zijn, werkte juist averechts.”

Daarnaast wilden de patiënten graag geïnformeerd worden over de dagelijkse zorg; het gevoel van controle dat dit geeft, maakte hen minder angstig. Ook gaf adequate symptoombestrijding een vermindering van angst. Lichamelijke symptomen, met name somberheid en dyspneu, blijken voorspellers te zijn voor het ervaren van angst. De patiënten gaven overigens aan dat ze van de verpleegkundigen niet verwachten dat zij al hun angsten oplossen.

Zweers: “Voor veel angsten bestaan nu eenmaal geen pleisters. Maar waar patiënten wel behoefte aan hebben, is een luisterend oor. Dan is op dat moment de stoel erbij trekken en tijd nemen voor een gesprek de passende zorg die maakt dat de patiënt beter met z’n angst kan dealen. Overigens waren er ook patiënten die juist aangaven geen behoefte te hebben aan informatie. Zij vonden het te confronterend om te weten wat er mogelijk zou kunnen gebeuren. Ik stel in mijn onderzoek daarom vast dat het belangrijk is om de individuele wensen goed in kaart te brengen; een essentieel aspect voor het leveren van passende zorg.”

DANIËLLE ZWEERS >

“Met name de avond en nacht zijn lastig; de patiënten hebben dan geen afleiding meer en zijn geheel op zichzelf aangewezen”



### Acceptatie

Slechts een klein deel van de patiënten die Zweers sprak, gaf aan ernstige last te hebben van angsten. De verklaring hiervoor kan zijn dat in de laatste fase van het leven mogelijk meer sprake is van acceptatie. Anders was echter de indruk die de naasten hadden: volgens hen was er wel degelijk sprake van angsten, die zowel fysiek, psychisch, sociaal en existentieel een grote impact hadden. De naasten noemden onrust, rusteloosheid, vijandigheid, onaardig reageren en vermijden de belangrijkste uitingen van angst. Maar ook het ronddraaien van een ring om een vinger of het vastklampen aan bepaalde mensen werden genoemd als uitingen van angst. Een van de conclusies die Zweers in haar dissertatie trekt, is dat het verstandig is naasten te betrekken bij het in kaart brengen van angst: "Juist zij kunnen belangrijke informatie geven op basis van hun lange relatie met de patiënt."

In een van haar deelstudies onderzocht de promovenda wat verpleegkundigen in een hospice nodig hebben bij het ondersteunen van angstige patiënten met kanker. Dit deed ze op basis van interviews met meerdere focusgroepen en een online vragenlijst. Daaruit werd duidelijk dat verpleegkundigen het moeilijk vinden angst te herkennen als gevolg van de verscheidenheid aan uitingen ervan. Ook gaven ze aan dat met name de avond en nacht lastig zijn. De patiënten hebben dan geen afleiding meer en zijn geheel op zichzelf aangewezen. De meeste verpleegkundigen blijken niet voorbereid op de acute vormen van angst die op die momenten optreden. Zweers: "In de praktijk zie je dat verpleegkundigen worstelen: ze willen angstige patiënten de juiste zorg geven, maar het ontbreekt hen aan kennis,

tijd en sturing. Uit de gesprekken kwam naar voren dat ze behoefte hebben aan richtlijnen om meetinstrumenten toe te passen. Ze willen voorspellende factoren voor angst inzichtelijk hebben, zodat ze gerichte interventies kunnen inzetten."

### Systematische benadering

Om hiervoor een aanzet te geven, bundelde Zweers alle opgedane kennis en ontwikkelde een systematische benadering voor de zorg voor patiënten met angst. "Dit is gebaseerd op het principe van 'palliatief redeneren' en start met een systematische analyse van de symptomen en problemen van de patiënt. De onderliggende oorzaken van de angsten worden daardoor inzichtelijk. Op basis daarvan wordt een behandelplan geformuleerd, dat met regelmaat wordt geëvalueerd. "Als alle betrokken zorgverleners in de multidisciplinaire samenwerking op deze wijze angstsymptomen monitoren, verwachten wij dat de communicatie met de patiënt én zijn naasten zal verbeteren," aldus Zweers. Overigens plaatst ze hier meteen een kanttekening bij: "We zullen niet alle angsten kunnen wegnemen en het is ook zo dat angsten komen en gaan. Maar we bereiken er wel mee dat bijvoorbeeld de angst voor benauwdheid hanteerbaar wordt, omdat benauwdheid in veel gevallen kan worden aangepakt. Dieperliggende angsten, zoals angst om afscheid te nemen, krijgen dan in sommige gevallen de ruimte om naar de oppervlakte te komen. Weten wie de mens achter de patiënt is, wat hij of zij belangrijk vindt en nodig heeft, dat is de basis waar je als verpleegkundige het verschil kan maken voor patiënten met angst in de laatste fase van hun leven. Zo kun je de kwaliteit van leven en uiteindelijk de kwaliteit van sterven optimaliseren." | [Drs. Caroline Wellink, wetenschapsjournalist](#)

## Patient Centricity Award voor oncologische zorginnovatie

"Verpleegkundig specialisten,  
ga voor die award!"

**Verpleegkundig specialisten die betrokken zijn bij de behandeling van oncologische aandoeningen kunnen meedingen naar de Patient Centricity Award. Dit initiatief ter verbetering van de oncologische zorg is in het leven geroepen door Takeda Oncology. Verpleegkundig specialisten vormen bij uitstek de beroepsgroep die een zorgverbeterproject kunnen initiëren, vinden Harold Fliervoet, verpleegkundig specialist, lid dagelijks bestuur van het Netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie (VSO) en juryvoorzitter van de Award, en Sylvia Verhage, verpleegkundig specialist en voorzitter van Netwerk VSO.**

Sylvia Verhage roept verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn in de oncologische en palliatieve zorg dan ook op zich met een project aan te melden voor de award. "Juist deze beroepsgroep heeft kijk op de zorgprocessen en problemen die patiënten tijdens hun zorgtraject tegenkomen", zegt Verhage. "Nieuwe initiatieven op het gebied van

zorg, voorlichting, begeleiding of ondersteuning van patiënten met een oncologische aandoening zijn hen op het lijf geschreven."

Harold Fliervoet vult aan: "Een deel van het project mag uit onderzoek bestaan, zolang het maar bijdraagt aan de zorg van de patiënt tijdens het project zelf. Bovendien dienen patiënten bij het onderzoek betrokken te zijn en de meeste verpleegkundig specialisten hebben als regievoerend behandelaar goede contacten met patiënten in hun regio."

Fliervoet: "Door mee te dingen naar de prijs, spreekt een verpleegkundig specialist verschillende CanMEDS aan die bij zijn of haar beroepsprofiel horen. Dat maakt het een soort test en uitdaging. Dus .... Grijp die kans!"

*Meer informatie over de Patient Centricity Award op pagina 25 van dit magazine.*

# Gynaecomastie en mastodynie als gevolg van androgeendeprivatietherapie bij prostaatkanker; een inventarisatiestudie naar incidentie en wensen rondom behandeling en voorlichting

## Doel

Inventariseren en optimaliseren van de informatievoorziening en behandeling van patiënten die kans hebben op gynaecomastie en mastodynie door androgeendeprivatietherapie (ADT) bij prostaatkanker.

## Methode

157 patiënten die in 2017 en 2018 in het Reinier de Graaf Gasthuis zijn gestart met ADT kregen in februari 2019 vragenlijsten over de ontvangen voorlichting bij gynaecomastie en mastodynie, de impact van deze bijwerkingen, of zij ter voorkoming hiervan een behandeling zouden kiezen en wat de motivatie voor deze keuze zou zijn. De vragenlijst werd samengesteld met vragen uit het *Expanded Prostate Cancer Index Composite-26 hormonal assessment*, de PROM's-standaardset prostaatkanker, de CQI poliklinische zorg en zelfontwikkelde vragen.



FOTO RUUD VAN DE VOORDE REINIER DE GRAAF GASTHUIS

▲ ANJA VAN WIJK-VAN BUUREN

Met kruistabellen en chi-kwadraattoetsen werd onderzocht of leeftijd, opleiding, werksituatie, relatiestatus en het krijgen van een curatieve of palliatieve behandeling van invloed is op het keuzeproses.

## Resultaten

Het responspercentage was 64% (100/156). Vrijwel alle respondenten (95%) gaven aan te zijn geïnformeerd over bijwerkingen van ADT. Specifiek voor gynaecomastie was dit 77,6% (85/100) en voor mastodynie 65% (80/100). 91% van de respondenten werd behandeld met een LHRH-agonist.

36,4% (36/97) had gynaecomastie en 13,3% (13/97) mastodynie. Van 36 mannen met gynaecomastie was dit voor 50% geen probleem en voor 25% een zeer klein probleem. Bij de mannen met mastodynie vond niemand het 'geen probleem' en 75% vond het een (zeer) klein probleem.

26% (25/97) van de mannen zouden kiezen voor een preventieve behandeling en hiervan had 6% (n=6) een van de bijwerkingen. Mannen met gynaecomastie of mastodynie kozen niet aantoonbaar vaker voor een preventieve behandeling.

Bij 84% (21/25) zou de keuze uitgaan naar eenmalige bestraling, 12% (3/25) zou kiezen voor dagelijks een tablet tamoxifen.

Leeftijd, opleiding, werksituatie en relatiestatus beïnvloedden de keuze voor een preventieve behandeling niet significant. Patiënten die palliatief werden behandeld, zouden wel aantoonbaar eerder voor een preventieve behandeling kiezen.

## Conclusie

Mannen die met ADT werden behandeld, geven aan te zijn geïnformeerd over de bijwerkingen, maar zijn onvoldoende op de hoogte van de mogelijke preventieve behandelingen. Mannen met gynaecomastie en mastodynie kiezen niet eerder voor een preventieve behandeling. Het merendeel van de mannen ervaart de bijwerking dan ook als geen of een zeer klein probleem.

< Masterthese **Anja van Wijk-van Buuren**, verpleegkundig specialist, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

# Uitslag van een mammabiopsie telefonisch?

## Doel

Van oudsher bespreekt de chirurg de uitslag van een mammabiopsie *face-to-face* met de patiënt op de polikliniek. De gedachte dat mammapatiënten slecht nieuws liever *face-to-face* krijgen, lijkt gebaseerd op het oordeel van zorgverleners, aannames, overtuiging of protocollen, zonder naar de voorkeur van mammapatiënten te vragen. Wij onderzochten welke methode, *face-to-face* of telefonisch, patiënten willen voor de uitslag na een mammabiopsie.

## Methode

Het onderzoek betrof een gerandomiseerd single-centeronderzoek. Vrouwen van 18 jaar of ouder die een mammabiopt moeten ondergaan, werden gerandomiseerd tussen een interventiegroep die telefonisch en een controlegroep die *face-to-face* de uitslag van het mammabiopt kregen.

Patiënten werden een week na de uitslag gevraagd een vragenlijst in te vullen met betrekking tot de methode waarmee de uitslag was verteld. Zorgverleners van de borstkliniek werden ook gevraagd een vragenlijst in te vullen over hun ervaringen met, voorkeur voor en efficiëntie van beide methodes. Fisher-exacttest werd uitgevoerd voor de patiënten die de toegewezen methode opnieuw zouden kiezen voor toekomstige biopsieën.

## Resultaten

In totaal retourneerden 41 patiënten de vragenlijst (responspercentage 56,2%); 23 in de *face-to-face*groep en 18 in de telefonische groep. De gemiddelde tevredenheidsscore (0-10) met de methode van uitslaggeven was in beide groepen hoog: 7,9 (SD 1,3) in de *face-to-face*groep en 8,3 (SD 1,0) in de telefonische groep ( $p=0,14$ ). Significant meer patiënten zouden echter de toegewezen methode opnieuw kiezen in de telefonische groep (94%) dan in de *face-to-face*groep (39%;  $p<0,001$ ). De belangrijkste reden voor patiënten om de uitslag telefonisch te willen krijgen is de verwachting dat ze de uitslag dan sneller weten. Daarnaast geeft het ruimte om een uitslag te kunnen verwerken, is er geen noodzaak tot reizen of vrij nemen en geeft het tijd om zich

voor te bereiden op het behandelgesprek. De uitslag telefonisch doorgeven kan het aantal onnodige polikliniekbezoeken doen afnemen (uitslag nog niet bekend, onvolledig, benigne). Zorgverleners ervaren een efficiënter behandelgesprek wanneer de patiënt de uitslag al telefonisch heeft gekregen; de patiënt weet de uitslag al en is van de eerste schrik gekomen, waar



FOTO JOHN DE KOOL, AFDELING ICMT, FRANCISCUS GASTHUIS & VLIETLAND

▲ BARBARA HOSKAM

▲ Masterthese **Barbara Hoskam**, verpleegkundig specialist Mammacare, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam

door zij de informatie en uitleg over de behandelmogelijkheden beter tot zich kan nemen.

## Conclusie

De telefonische uitslag lijkt een goed alternatief voor de *face-to-face* uitslag na een mammabiopsie.

EMMY HARMS >

“Binnen de V&VN wordt het netwerk inhoudelijk vertegenwoordigd door V&VN Oncologie en voor de beroepsprofilering door V&VN VS”



# Actieve leden nodig voor netwerk Verpleegkundig Specialististen Oncologie

Het vak van verpleegkundig specialisten is nog volop in ontwikkeling. Goede communicatie vanuit het netwerk dat voor hen onder de vlag van V&VN bestaat is dus essentieel. Daarom heeft het netwerk een eigen werkgroep Media & Communicatie, met Emmy Harms, verpleegkundig specialist Thoraxoncologie in het Antoni van Leeuwenhoek te Amsterdam, als voorzitter.

Verpleegkundig specialisten Oncologie en Palliatieve Zorg met elkaar verbinden in een netwerk en op de hoogte houden van voor hen relevante activiteiten - zoals masterclasses en het voorjaarssymposium - vergt meer dan een website. "Communicatie wordt steeds belangrijker en steeds diverser", zegt Emmy Harms. "Je hebt te maken met mensen die op verschillende manieren aan hun informatie willen komen. Jongeren doen dit vaak via Instagram, terwijl oudere collega's liever mail ontvangen. Je moet dus verschillende uitingen gebruiken. En je moet er natuurlijk ook voor zorgen dat je website altijd up-to-date informatie bevat. Daarom was het zaak dat er voor het netwerk Verpleegkundig Specialististen Oncologie een werkgroep Media & Communicatie kwam, zodat je gericht beleid kunt ontwikkelen op deze zaken."

## Actieve leden

Harms is voorzitter van deze werkgroep. "In de tijd dat ik in het bestuur van V&VN Oncologie zat, heb ik meegeholpen het netwerk op te richten, was toen al betrokken en dit is zo gebeven", vertelt ze. "In het bestuur was ik ook al bezig met de website en met Facebook. Het heeft mijn interesse en het helpt me ook om buiten mijn eigen cocon te komen en een netwerk op te bouwen van mensen die dezelfde dingen belangrijk vinden. Ik vind communicatie over onze activiteiten ook echt belangrijk, want ik wil dat onze leden betrokken zijn en actief worden."

Om daaraan richting te geven, heeft het netwerk VSO een visiedocument ontwikkeld waarin het een drietal pijlers heeft gedefinieerd die de basis vormen voor de activiteiten die het netwerk ontplooit: positionering en profilering, kwaliteit, en samenwerking. "Daaraan moeten we werken", zegt Harms. "Verpleegkundig specialist is nog een relatief nieuw beroep en oncologie vormt daarin een aparte tak. We mogen

medicatie voorschrijven, maar er is nog discussie met oncologen en apothekers over de vraag of we die bevoegdheid ook voor oncolytica mogen krijgen. We zijn dus nog bezig onze rol te ontwikkelen in het landschap van de oncologie. We willen daarin een actieve rol krijgen, een rol waarin we in richtlijnontwikkeling en voor een partij als SONCOS een interessante gesprekspartner zijn. Belangenbehartiging van de verpleegkundig specialist Oncologie is dus zeker een van onze aandachtspunten. Ik ga er vanuit dat onze collega's het belang hiervan ook zien. Tegelijkertijd is het zo dat we in Nederland 550 verpleegkundig specialisten Oncologie hebben en dat slechts 10% daarvan actief is binnen het netwerk. Dat kan dus nog wel beter en ook dat is iets waarvoor ik mij als voorzitter van de werkgroep Media & Communicatie hard maak."

Binnen de V&VN wordt het netwerk inhoudelijk vertegenwoordigd door V&VN Oncologie en voor de beroepsprofilering door V&VN VS. "Deze twee gremia behartigen dus onze overstijgende belangen", legt Harms uit. "Dat is waardevolle ondersteuning voor ons. Zelf richten we ons specifiek op onze rol binnen de oncologie." | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)

**"Belangenbehartiging van de verpleegkundig specialist Oncologie is zeker een van onze aandachtspunten"**



## Visiedocument netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie:

# verbinden & inspireren

Het netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie (VSO) is opgericht op 27 juni 2013. Het geeft de verpleegkundig specialisten met expertisegebied Oncologie en Palliatieve Zorg een gezicht en stem. De doelen van het netwerk zijn de kwaliteit van zorgverlening verbeteren, inhoudelijke kennis vergroten en de positie als professional in het zorglandschap verstevigen. Na zes jaar is het tijd om de strategische koers te verhelderen in een visiedocument.

Het netwerk VSO is het toonaangevende platform dat staat voor de beste oncologische en palliatieve zorg en de ontwikkeling van het beroep van de verpleegkundig specialist in deze expertisegebieden. Het wordt voor en door de leden vormgegeven en dat vraagt een actieve bijdrage van alle leden. Dat betekent ook dat het de verantwoordelijkheid van ieder individueel lid is om vakinhoudelijke en organisatorische vraagstukken en kennis in te brengen in het netwerk. Vanuit het netwerk VSO wordt intensief samengewerkt met V&VN Oncologie als het gaat om de oncologische zorg en met V&VN Verpleegkundig Specialisten (V&VN VS) als het gaat om het beroep verpleegkundig specialist.

Het netwerk VSO volgt een drietal pijlers die de basis vormen voor de activiteiten die het netwerk ontplooit. Deze pijlers zijn: Positionering en Profilerings, Kwaliteit en Samenwerking:

1. **Positionering en Profilerings:** activiteiten zijn gericht op het versterken van de positie en zichtbaarheid van de verpleegkundig specialist Oncologie in het oncologische landschap;
2. **Kwaliteit:** activiteiten richten zich op continue verbetering en innovatie van de oncologische zorg;
3. **Samenwerking** is essentieel om de doelen van de eerste twee pijlers te realiseren. Het gaat om samenwerking op lokaal, regionaal, landelijk en internationaal niveau.

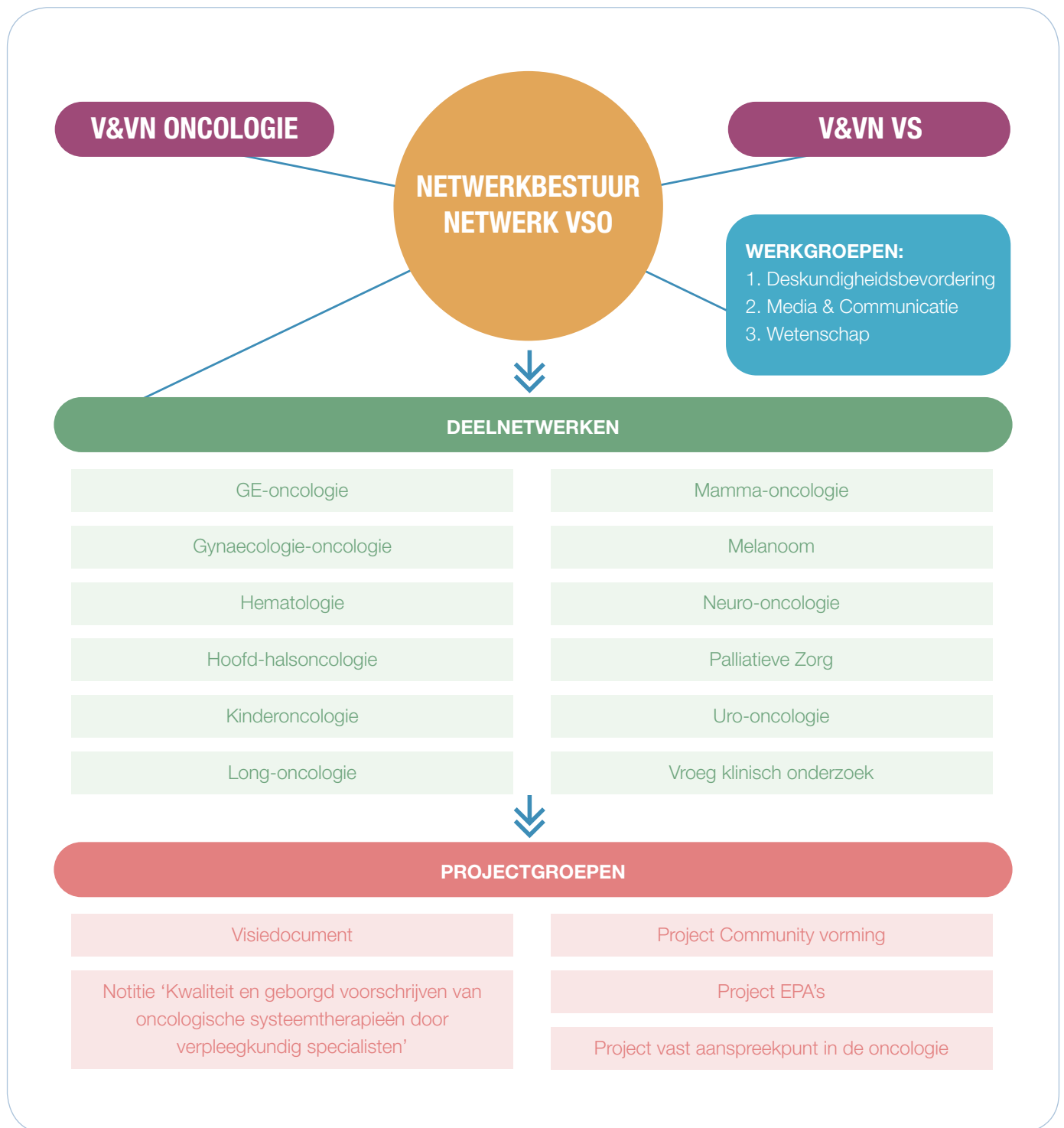
De organisatie bestaat uit een netwerkbestuur, werkgroepen, deelnetwerken en projectgroepen (zie *Figuur 1*).

- **Netwerkbestuur:** geeft leiding, sturing en zorgt dat het netwerk gefocust blijft op de missie en visie. Het bestuur zorgt voor de verbindingen tussen de verschillende activiteiten, werkgroepen, deelnetwerken en samenwerkingspartners;

- **Werkgroepen:** de werkgroepen Deskundigheidsbevordering, Media & Communicatie en Wetenschap ondersteunen het netwerkbestuur bij het uitvoeren van haar taken;
- **Deelnetwerken:** deze bestaan uit verpleegkundig specialisten Oncologie die werkzaam zijn binnen hetzelfde specialisme (zoals long- of mamma-oncologie) of thema (palliatief). Deze deelnetwerken geven inhoud aan de drie pijlers voor hun specifieke expertisegebied;
- **Projectgroepen:** zij houden zich bezig met een specifiek inhoudelijk thema dat van belang is voor de verpleegkundig specialist Oncologie.

V&VN VS vindt het belangrijk dat netwerken, waarin verpleegkundig specialisten zich verenigen, een voorname rol spelen bij de ontwikkeling van hun beroep in het betreffende expertisegebied. Zij juicht het dan ook toe dat meerdere netwerken inmiddels zijn toegekomen aan het ontwikkelen van een eigen visie en een strategisch plan, waaronder het netwerk VSO. Hiermee wordt immers vormgegeven aan de ontwikkeling van het beroep in het expertisegebied.

Inmiddels zijn er ruim  
550 verpleegkundig  
specialisten in de breedte van  
de oncologische en palliatieve  
zorg aangesloten



▲ **FIGUUR 1.** Organisatiestructuur van het netwerk VSO.

Zorgadviseur Roland Peppel heeft het netwerk VSO ondersteund bij het vormen van het visiedocument. Een strategisch plan lag er al en zal het komende jaar aan het nieuwe visiedocument worden geijkt. Het belangrijkste is, naast het vormen van een visie en strategie, dat netwerken een groot deel van de beroepsgroep in het expertisegebied weten te verbinden en te inspireren. Hierbij is een visie en een strategie een middel, maar geen doel op zich. Het Netwerk VSO slaagt

hier bijzonder goed in. Inmiddels zijn er ruim 550 verpleegkundig specialisten in de breedte van de oncologische en palliatieve zorg aangesloten. Zij vinden elkaar op het voorjaarssymposium, bij masterclasses en in de positionering in richtlijnen, en zorgen er voor dat er een steunsysteem is voor verpleegkundig specialisten in de oncologie. | Sylvia Verhage, voorzitter netwerk VSO, en Jaap Kappert, beleidsmedewerker V&VN VS



# Capaciteit opleiding verpleegkundig specialisten: op zoek naar balans

Het Capaciteitsorgaan brengt eind 2019, na eerder advies over de verpleegkundig specialisten in de geestelijke gezondheidszorg, haar advies uit aan het ministerie van VWS en de veldpartijen over de benodigde opleidingscapaciteit voor verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg. De uitkomst van een proces waarin met heel veel - ook onzekere - factoren rekening moet worden gehouden, legt programmasecretaris drs. Ellen Dankers-de Mari van het Capaciteitsorgaan uit.

Het Capaciteitsorgaan bestaat twintig jaar. Het werd opgericht door de veldpartijen in de zorg, met als directe aanleiding de cyclus in de huisartsenzorg, die zich bewoog tussen overschot en tekort. Het is voor het eerst dat het orgaan nu een advies gaat uitbrengen over de beroepsgroep verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg. “Iets wat wel in de logische lijn van onze ontwikkeling ligt”, zegt Ellen Dankers. “We zijn begonnen met adviezen over de opleidingscapaciteit van medisch specialisten en huisartsen, maar gaandeweg zijn daar steeds meer andere vakgebieden, ook ondersteunende beroepen, bijgekomen. Het doel is in alle gevallen hetzelfde: tekorten of overschotten op de arbeidsmarkt voorkomen, evenwicht bewaren. Dat evenwicht is er nu bij de verpleegkundig specialisten nog niet.”

## Analyse

Om tot een advies te komen, analyseert het Capaciteitsorgaan tal van variabelen in zorgvraag en zorgaanbod. Dankers: “We kijken naar hoeveel mensen en hoeveel fte binnen een beroepsgroep werken, hoe groot de uitstroom is, hoeveel mensen in opleiding zijn, hoeveel daarvan hun diploma halen en in het beroep gaan werken en hoe lang. Aan de andere kant, die van de zorgvraag, is demografie een factor die vaak over het hoofd wordt gezien. Onterecht, want die heeft een grote invloed op de zorgvraag. Daarvoor compenseren we dus. Ook epidemiologische ontwikkelingen nemen we mee, zoals

de groeiende overlevingskans van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en kanker en de toename van chronische ziekten. En dan is er nog het aspect beleid en bekostiging: taakverschuiving, verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg. In hoeverre dragen artsen taken over aan verpleegkundig specialisten en hoeveel taken pakken die op die eerder niet dezelfde aandacht kregen: preventie, voorlichting, communicatie met naasten, deskundigheidsbevordering, organisatie van zorg.”

Zoals gezegd gebeurt dit nu voor het eerst voor de verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg, op geleide van een verzoek hiertoe van het ministerie van VWS van maart 2018. In het proces neemt het Capaciteitsorgaan zelf de rol van projectmanager in. Zij zet het onderzoek uit in het veld en informeert en adviseert een daartoe opgerichte werkgroep binnen het Capaciteitsorgaan, in dit geval bestaande uit onder andere een verpleegkundig specialist, vertegenwoordigers van de opleidingsinstellingen en iemand van Zorgverzekeraars Nederland. “Zij zitten er zonder last of ruggenspraak”, zegt Dankers, “om data die wij voor de raming aandragen te wegen. Vervolgens vindt doorrekening plaats in een ramingsmodel. Het is de discussie vanuit de perspectieven van die betrokken partijen die tot het best passende instroomadvies leidt. De variant om tot balans op de arbeidsmarkt te komen die de werkgroep het meest passend vindt, verwerken wij tot een capaciteitsplan, dat in december 2019 uiteindelijk aan het ministerie van VWS en veldpartijen wordt voorgelegd.”



### Krapte

Het proces verkeert nu in wat Dankers de interessantste fase noemt, waarin alle data binnenkomen. “Het is heel mooi hoeveel verpleegkundig specialisten, sector- en zorgorganisaties bereid zijn geweest ons input te leveren”, zegt ze. “We hebben trouwens ook data verzameld over de vacatures. Die zijn er nu voor verpleegkundig specialisten veel, er is krapte op de arbeidsmarkt. Dat komt overeen met de inschatting van de verpleegkundig specialisten zelf. Wel moeten we er rekening mee houden dat sprake kan zijn van een mismatch, bijvoorbeeld omdat meer verpleegkundig specialisten zijn opgeleid in dermatologie, terwijl ze juist in oncologie nodig zijn. Op een zo gedetailleerd niveau onderzoeken we niet. Zo blijft meer onbekend, zoals eenduidige gegevens over het zorggebruik. Verpleegkundig specialisten beginnen nu steeds meer op eigen naam DBC's te openen en te sluiten en verrichtingen te registreren, maar ze doen dit niet allemaal en ook niet alles wordt herleidbaar naar de verpleegkundig specialist gedeclareerd.”

Wel is duidelijk dat het aantal verpleegkundig specialisten sterker stijgt dan het aantal medisch specialisten. In 2012 was op honderd fte medisch specialisten sprake van 4,6 fte verpleegkundig specialisten, nu is dat 8,4 fte. Dankers: “Per 2019 zijn 51 verpleegkundig specialisten werkzaam in de palliatieve zorg binnen de medisch specialistische zorg, 137 in de medische oncologie en 236 in de chirurgische oncologie. Daarin kunnen dubbelingen zitten, het is een grove indicatie. Maar het is wel duidelijk dat er veel verpleegkundig specialisten moeten worden opgeleid. Ook al omdat het bijna allemaal vrouwen zijn, en die werken vaak minder uren in de week dan mannen.”

### Verjonging

Een opvallend feit: de eerste vervangingsvraag dient zich al aan. Tien procent van de verpleegkundig specialisten in de medisch specialistische zorg is ouder dan zestig jaar. De opleiding bestaat nu ruim twintig jaar (aanvankelijk onder de naam *nurse practitioner*) en degenen die in de begintijd in opleiding kwamen, kwamen niet rechtstreeks uit de schoolbanken, maar waren ervaren krachten die een volgende carrièrestap wilden maken. “De nieuwe instroom is gemiddeld jonger”, vertelt Dankers. “Ze hebben de opleiding tot verpleegkundige gedaan, doen een paar jaar ervaring op en willen dan verpleegkundig specialist worden. Vanuit arbeidsmarktperspectief bezien interessant, want hun rendement is hoog. Wel zien we ook uitstroom naar staf- of beleidsfuncties en onderwijs. Na vijf jaar werkt 5% niet meer als verpleegkundig specialist.”

Alleen al gelet op de demografische ontwikkelingen zijn over twintig jaar 25% meer verpleegkundig specialisten nodig, vooral in de ouderenzorg. “Er wordt al veel opgeleid”, zegt Dankers. “Dit jaar starten er 511 studenten in de tweejarige opleiding. Verbetering van de patiëntenzorg voor specifieke patiëntgroepen en aandachtgebieden - zoals palliatieve zorg - zijn in de medisch specialistische zorg de belangrijkste redenen om op te leiden. Het is echter nog onduidelijk - door de onzekerheid over de substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn, in hoeverre ze in de toekomst in de ziekenhuizen, in de huisartsenpraktijken, in de wijk of intersectoraal zullen worden opgeleid.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

> ELLEN DANKERS-DE MARI



FOTO MARLOU PULLES

## Colofon

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 6 van *Oncologie Up-to-date* 2019, uitgegeven door Uitgeverij Jaap.

### Redactieraad

#### Desi van den Boogaard

Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

#### Sandra de Bruijn

Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

#### Erik van Muilekom

Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

#### Karen Tol

Isala, Zwolle

#### Sylvia Verhage

Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

### Aan dit nummer werkten mee:

Antoni van Leeuwenhoek, Loraine Bodewes, Duncan de Fey, Frank Hoogers, John de Kool, Marcel Lameijer, Marijke van Oosten, Marlou Pulles, Stefan Segers, Ruud van de Voorde, Caroline Wellink en Frank van Wijck

### Advertenties

Uitgeverij Jaap

E-mail: [willemsmit@uitgeverij-jaap.nl](mailto:willemsmit@uitgeverij-jaap.nl)

Tel.: 06 - 34 49 29 23

### Uitgever en redactie

Uitgeverij Jaap

Postbus 60334, 1320 AJ Almere

Website: [www.oncologie.nu](http://www.oncologie.nu)

E-mail: [lasmitsmit@uitgeverij-jaap.nl](mailto:lasmitsmit@uitgeverij-jaap.nl)

Twitter: @OncUptodate

Tel.: 06 - 14 63 76 09

### Copyright

© Uitgeverij Jaap, Almere.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt of overgenomen worden door middel van druk, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

### Aansprakelijkheid

Redactie en uitgever zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van de onder auteursnaam opgenomen artikelen of van de advertenties.

### Oplage

5.500 stuks

# Agenda

## Masterclasses VSO 2020

Masterclass Gynaecologie-oncologie	13 februari
8 <sup>e</sup> VSO Voorjaars Symposium Verpleegkundig Specialisten Oncologie	6 & 7 april
Masterclass Long-oncologie	12 mei
Masterclass De VS in de lead	26 mei & 23 juni
Masterclass Mamma-oncologie	8 & 9 september
Masterclass Palliatieve zorg	29 & 30 september
Masterclass Pijn bij kanker	6 oktober
Masterclass Botcomplicaties	27 oktober
Masterclass De VS in de rol van patiëntcoach	3 november & 1 december



# HET KAN OOK ANDERS!



## HAND VOET SYNDROOM BIJ 5-FU

### Add-on

Het tarief waarop aanspraak gemaakt mag worden wanneer Teysuno<sup>®</sup> wordt gebruikt voor de behandeling van maagcarcinoom in combinatie met cisplatine of voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom en coloncarcinoom bij intolerantie voor capecitabine<sup>3</sup> is vastgesteld op **€ 1,26 per 5 mg**. Waarmee de kosten voor behandeling volledig worden vergoed.

**Teysuno<sup>®</sup> = (S-1)** Behandelen ondanks 5-FU geïnduceerd Hand Voet Syndroom<sup>1,2,3</sup>

1. Ajani JA, et al. Eur J Cancer. 2013 nov;49(17):3616-24 2. Teysuno<sup>®</sup> Summary of Product Characteristics. Nordic Group BV  
Teysuno<sup>®</sup> (S-1) is in combinatie met cisplatine geïndiceerd bij volwassenen voor de behandeling van gevorderd maagcarcinoom.  
3. Add-on vergoedingstekst Teysuno<sup>®</sup>

# Samenbrengen, samenwerken, samen zorgen.



Bij AbbVie geloven we in bundeling van krachten. Om tot het beste resultaat te komen, werken wij nauw samen met wetenschappers, artsen, branchegenoten, gezondheidsautoriteiten, patiënten- en belangenorganisaties. Zodat artsen en onderzoekers snel klinisch onderzoek met ons kunnen opzetten. En ziekenhuizen en kennisinstututen oplossingen kunnen implementeren waarmee we de zorg voor patiënten verder verbeteren.

En soms gaat samenwerking zelfs verder dan dat. Doordat innovatieve biotechbedrijven als Pharmacyclis en Stemcentrx onderdeel zijn geworden van AbbVie hebben wij extra expertise in huis op het gebied van solide tumoren en hematologische aandoeningen.

Ook in oncologie is AbbVie vastbesloten om samen met partners de komende jaren een grote bijdrage te leveren aan zorgverbeteringen en kankerbestrijding. Samen kanker te slim af zijn. Dat is ons streven, elke dag opnieuw. Omdat we weten dat voor mensen met kanker elke dag telt.

**Samen kanker te slim af zijn.**