

VS.

Verpleegkundig Specialisten
Oncologie en Palliatieve Zorg

Nieuw
beroepsprofiel
een feit

Ervaring van
een patiënt

Historisch
perspectief



Positie van de verpleegkundig specialist

maart
2019

WE BELIEVE
THE MOST
POWERFUL
AGENT IN
CANCER
THERAPY
IS STILL
A HUMAN
BEING.



Verpleegkundig Specialisten
Oncologie en Palliatieve Zorg

De verpleegkundig specialist: een kijkje achter de schermen



KAREN TOL

verpleegkundig specialist,
Isala, Zwolle



ERIK VAN MUILEKOM

verpleegkundig specialist, Antoni
van Leeuwenhoek, Amsterdam

Toen we als redactie van dit magazine voor de eerste keer bij elkaar kwamen, waren we het snel eens over de inhoud. Het moest een magazine worden waarin het werkgebied van de verpleegkundig specialist binnen het speelveld van de gezondheidszorg centraal staat. En dan niet alleen over taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist, maar een gezicht geven aan deze nieuwe professional in de dagelijkse praktijk. Dat is nodig, omdat er naast het behalen van de nodige mijlpalen ook nog veel onbekendheid heerst over het werkgebied en de bijbehorende wettelijke bevoegdheden.

In dit magazine kijken we terug naar het ontgonnen gebied waarin de eerste verpleegkundig specialisten zich een weg hebben gebaand, naar de huidige situatie en naar de toekomst van onze beroepsgroep. Dit doen we door verschillende professionals aan het woord te laten over hun ervaringen in het samenwerken met de verpleegkundig specialist, zowel in de directe patiëntenzorg als vanuit het perspectief van de patiënt, opleiding, management en bestuur.

De diverse artikelen geven weer dat de verpleegkundig specialist zelf aan zet is om recht te doen aan eigen wettelijke bevoegdheden en zijn zelfstandigheid verder moet exploreren. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat een verbindende kracht en bruggenbouwen essentieel zijn. Zeker in een omgeving waar soms nog veel onwetendheid heerst over wat men kan verwachten van deze zorgprofessional. De manier waarop de verpleegkundig specialist invulling geeft aan zijn vak is vaak verschillend tussen organisaties en specialismen. Dit maakt het lastig voor de omgeving om direct een helder beeld te krijgen van zijn taakgebieden en bevoegdheden.

Een uitdaging is het verder ontwikkelen en behouden van de eigen identiteit van de verpleegkundig specialist als zorgprofessional, 'het combineren van *care* en *cure*'. Een vaak terugkomend thema in dit magazine is de meerwaarde van deze combinatie. De verpleegkundig specialist is toegankelijker voor patiënten, verpleegkundigen, medisch specialisten en andere professionals. Daarbij bezit hij/zij de kracht om te verbinden door het samenbrengen van perspectieven vanuit het medische en verpleegkundige domein, wat invloed heeft op kwaliteitsverbetering en innovatie. Taakherschikking met als doel meer voor minder, op basis van het verhogen van de productie en kostenbesparing, vormen hierbij mogelijk een bedreiging. Dit magazine is een pleidooi om de identiteit van de verpleegkundig specialist haar ware plaats te geven binnen het veranderende zorglandschap.

Wij wensen u dan ook veel inspiratie en leesplezier!

Karen Tol en Erik van Muilekom

6

Nieuw beroepsprofiel een feit



13

Positie van de verpleegkundig specialist



28

Ervaring van een patiënt met verpleegkundig specialist



41

Visie van zorgmanager en bestuur op verpleegkundig specialisten

Inhoud

- 3** Voorwoord
- 6** Nieuw beroepsprofiel een feit
Interview met Riet van Dommelen, Jaap Kappert en Sylvia Verhage
- 13** Positie van de verpleegkundig specialist
Interview met Jenske Geerling en Harold Fliervoet
- 18** Visie van medisch specialisten
Sabine Netters en Kees Hendricksen
- 23** Beleef je smaak
Interview met Jonnie en Thérèse Boer
- 25** Vrijtijdsbesteding van Cora Braat en Bianca Kramp
- 26** Verpleegkundig specialist Tineke Duyts en internist-hematoloog Marie-Cecile Legdeur op congres
- 28** Ervaring van patiënt met verpleegkundig specialist Maarten van Elst
- 31** Organisatie van en ervaring met de opleiding tot verpleegkundig specialist
Interview met Marieke van den Beuken, Lisanne Klekamp en Henny Tomlow
- 39** Op de bank met Koos van der Hoeven
- 41** Visie van zorgmanager en bestuur op verpleegkundig specialisten
Interview met Gita Gallé en Ingrid Wolbert

- 44** Samenwerking verpleegkundig specialist Desi van den Boogaard en oncologieverpleegkundige Stefan van Asten
- 47** Promotieonderzoek Angelique Brands
- 51** Historisch perspectief met Petrie Roodbol en Marieke Schuurmans
- 54** Netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie
- 55** Actuele cijfers
- 57** Agenda en colofon

51

Historisch
perspectief met
Petrie Roodbol
en Marieke
Schuurmans



Nieuw beroepsprofiel een feit

Nu het vak van verpleegkundig specialist officieel erkend is in de Wet BIG, is het tijd om het alle ruimte te geven om zichzelf te ontwikkelen, vinden Jaap Kappert (adviseur V&VN VS en docent hbo-verpleegkunde Hogeschool Rotterdam), Riet van Dommelen (hoofdopleider verpleegkundig specialisten Hogeschool Utrecht) en Sylvia Verhage (voorzitter Netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie en verpleegkundig specialist Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch). Hier hoort bij dat de opleiding - met in het achterhoofd het beroepsprofiel van V&VN - kritisch tegen het licht wordt gehouden.

In september 2018 was het zover: na een proefperiode van zes jaar werd de zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist formeel vastgelegd in de Wet BIG. Op de verpleegkundig specialist zijn de zeven CanMEDS-competentiegebieden van toepassing: klinische expertise, communicatie, samenwerking, organisatie, gezondheidsbevordering, wetenschap en professionaliteit (zie *Figuur 1*). De kern is de klinische expertise, want het gegeven dat de verpleegkundig specialist een behandelaar is met verpleegkundige én medische expertise is wat het vak uniek maakt.

“Bij de wettelijke erkenning van het vak hoort een beroepsprofiel dat hierop aansluit”, zegt Jaap Kappert. “Daarom is bewust de keuze gemaakt om het aantal verpleegkundig specialismen - oorspronkelijk vijf - terug te brengen naar twee: Algemene Gezondheidszorg en Geestelijke Gezondheidszorg. De ene sluit aan bij de somatiek en de andere bij de psyche, een logische verdeling, waarbij beide wel integraal moeten worden benaderd. Zo is voor beide de vertaling te maken naar de CanMEDS-competentiegebieden. Bovendien sluit het aan bij de toekomstige ontwikkeling waarin van de verpleegkundig specialist in beide specialismen generalistische én specialistische competenties worden verwacht. Naast het klinisch redeneren en het als regievoerder verbinden van de behandelaars wordt van de verpleegkundig specialist een rol verwacht in onderwijs en opleiding, in verbetering van de kwaliteit van zorg door innovaties naar de zorgvloer te brengen en oog te hebben voor de transities in de zorg, in wetenschappelijk onderzoek en in het tonen van leiderschap. Met dit laatste wordt bedoeld dat de verpleegkundig specialist de verantwoordelijkheid heeft om op te komen voor het belang van de patiënt en om het eigen beroep volledig tot zijn recht te laten komen.”

In de volle breedte

Wat Kappert hier beschrijft, is in het *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist* van V&VN vertaald naar de verpleegkundig specialist als T-shaped beroepsbeoefenaar (zie *Figuur 2*, pagina 9).¹ “Dit *T-shaped* model geeft weer wat het beroep in zijn volle breedte inhoudt”, zegt Kappert. “De bekwaamheden die de verpleegkundig specialist in de opleiding aangeleerd moet krijgen, lopen in de onderdelen van dit *T-shaped* model synchroon met de CanMEDS-competentiegebieden.” Het specialisme AGZ valt uiteen in vier aandachtsgebieden (acute zorg, eerstelijnszorg, medisch-specialistische zorg en langdurige zorg; zie *Figuur 3*, pagina 11). Hierbinnen zijn diverse expertisegebieden, waaronder huisartsenzorg (binnen eerstelijnszorg), oncologie (binnen medisch-specialistische zorg) en ouderenzorg (binnen langdurige zorg). Er zijn nog talloze andere expertisegebieden (niet beschreven).

“Het beroepsprofiel is leidend geworden om aan te geven wat we precies beogen met de opleiding”, zegt Riet van Dommelen. “In de medisch specialistische wereld is inmiddels duidelijk geworden dat EPA's (*entrustable professional activities*), een bruikbaar hulpmiddel

Kappert: “Bij de wettelijke erkenning van het vak hoort een beroepsprofiel dat hierop aansluit”



COMPETENTIEGEBIEDEN

- 1 **Klinische expertise:** de verpleegkundig specialist als behandelaar met verpleegkundige en medische expertise
- 2 **Communicatie:** de verpleegkundig specialist als communicator
- 3 **Samenwerking:** de verpleegkundig specialist als samenwerkingspartner
- 4 **Organisatie:** de verpleegkundig specialist als organisator van kwaliteit van zorg
- 5 **Gezondheidsbevordering:** de verpleegkundig specialist als gezondheidsbevorderaar
- 6 **Wetenschap:** de verpleegkundig specialist als academicus en onderzoeker
- 7 **Professionaliteit:** de verpleegkundig specialist als zelfbewuste beroepsbeoefenaar

^ FIGUUR 1. De CanMEDS-competentiegebieden van de verpleegkundig specialist. Dit figuur is met toestemming overgenomen uit referentie 1.

zijn om op een eenduidige manier competentiegericht te kunnen opleiden. Analooch daaraan gaan we met een groep opleiders en de beroepsvereniging nu ook op basis van EPA's de inhoud van de opleiding kritisch beschouwen. De oncologie is een mooi voorbeeld om duidelijk

te maken waarom dit nodig is. Er is zeker sprake geweest van onderbenutting van de verpleegkundig specialist Oncologie. Met de formele vastlegging van de zelfstandige bevoegdheid in de Wet BIG is er geen belemmering meer om ze volledig in functie te brengen." Sylvia Verhage



▲ SYLVIA VERHAGE

vult aan: "Maar dit vraagt er natuurlijk wel om dat we nu in de opleiding een slag maken in de rol van de verpleegkundig specialist Oncologie als regiebehandelaar. De verpleegkundig specialist Oncologie moet volledig in staat worden gesteld om de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg te delen met de medisch specialisten. En ook om - met het oog op de toename van kanker als chronische ziekte - de regievoerende functie buiten het ziekenhuis op zich te nemen. Waar vanzelfsprekend ook de aandacht voor de psychosociale kant van het ziek zijn bij hoort, om oog te hebben voor de vraag hoe je met kanker als chronische ziekte leeft. De opleiding wordt dus gericht op hoe de patiëntenzorg verandert."

Anticiperen op de toekomstige vraag

Hoe kan dit zich praktisch vertalen in de opleiding van de verpleegkundig specialist Oncologie? Verhage doet graag een voorzet. "De oncologie is een groot expertisegebied", zegt ze. "Op dit moment zijn er al zo'n 550 verpleegkundig specialisten in werkzaam. Gelet op de demografische ontwikkelingen - vergrijzing, leefstijl - zal het aantal patiënten met kanker verder stijgen. De vraag naar verpleegkundig specialisten Oncologie en Palliatieve Zorg dus ook. En om hen - zoals Van Dommelen het terecht noemt - volledig in functie te brengen, is het zaak om in de opleiding nu al te anticiperen op die ontwikkeling." Verhage geeft aan dat het cruciaal is om competentiegericht op te kunnen leiden in het expertisegebied oncologie. "EPA's zijn hiervoor in de praktijk een bruikbaar hulpmiddel om inhoud te geven aan het praktijkleren tijdens de duale masteropleiding."

Van Dommelen: "Voorwaarde is een sterke leeromgeving in de praktijk, zodat de verpleegkundige in opleiding tot verpleegkundig specialist (vios) breed in de hele oncologische keten kan worden opgeleid. De beroepsgroep zelf zou als voorwaarde moeten stellen dat de vios al een oncologiespecialisatie op hbo-niveau gevolgd moet hebben alvorens in opleiding tot verpleegkundig specialist te komen. Een alternatief is dat een gericht traineeship aan de masteropleiding vooraf zou kunnen gaan. Hierdoor kunnen de opleidingsjaren als vios veel beter benut worden. Een verpleegkundig specialist is verder gehouden aan levenslang leren om elke vijf jaar te kunnen herregistreren. Hierin kan nog veel verplichte specialistische vakkennis *state of the art* aangeboden worden. Bij voorkeur wordt hierbij gebruikgemaakt van samen met de medische specialisten en andere disciplines leren. Vakkennis verandert voortdurend en moet goed bijgehouden worden. Belangrijk is dat de beroepsgroep hier zelf eisen aan gaat stellen."

Oncologie is specialistische zorg, dus wie is opgeleid tot verpleegkundig specialist, moet de specifieke vakkennis op het gebied van de oncologie nog verder blijven opbouwen, aldus Verhage. "Het is een vakgebied met vele tumorsoorten, met veel verschillende behandelingen en met, zoals Van Dommelen aangaf, een groeiend aantal chronische patiënten

Verhage: "Het werk van de verpleegkundig specialist Oncologie strekt zich uit over de gehele zorgketen"

Kappert: “De verpleegkundig specialist heeft de verantwoordelijkheid om op te komen voor het belang van de patiënt en om het eigen beroep volledig tot zijn recht te laten komen”

dat na de initiële behandel fase in het ziekenhuis buiten de ziekenhuis-muren verder leeft en daarbij zorg en begeleiding nodig heeft. Contact met de eerste lijn is dus belangrijk, ook met het oog op de palliatieve fase, die zich in veel gevallen buiten het ziekenhuis afspeelt. Helemaal in lijn met het T-shaped model dat Kappert schetst: het werk van de verpleegkundig specialist Oncologie strekt zich uit over de gehele zorgketen.”

Helderheid en houvast

Kappert zegt uit inspiratiebijeenkomsten met verpleegkundig specialisten te horen dat zij zichzelf herkennen in het T-shaped model. “Het helpt ze ook om anderen uit te leggen wat ze precies doen”, zegt hij. “Voorheen moesten ze dit doen op basis van de CanMEDS-competentiegebieden en die zijn toch wat algemener omschreven. Binnen het specialisme Algemene Gezondheidszorg geeft de onderverdeling



FOTO MARLOU PULLES

^ JAAP KAPPERT

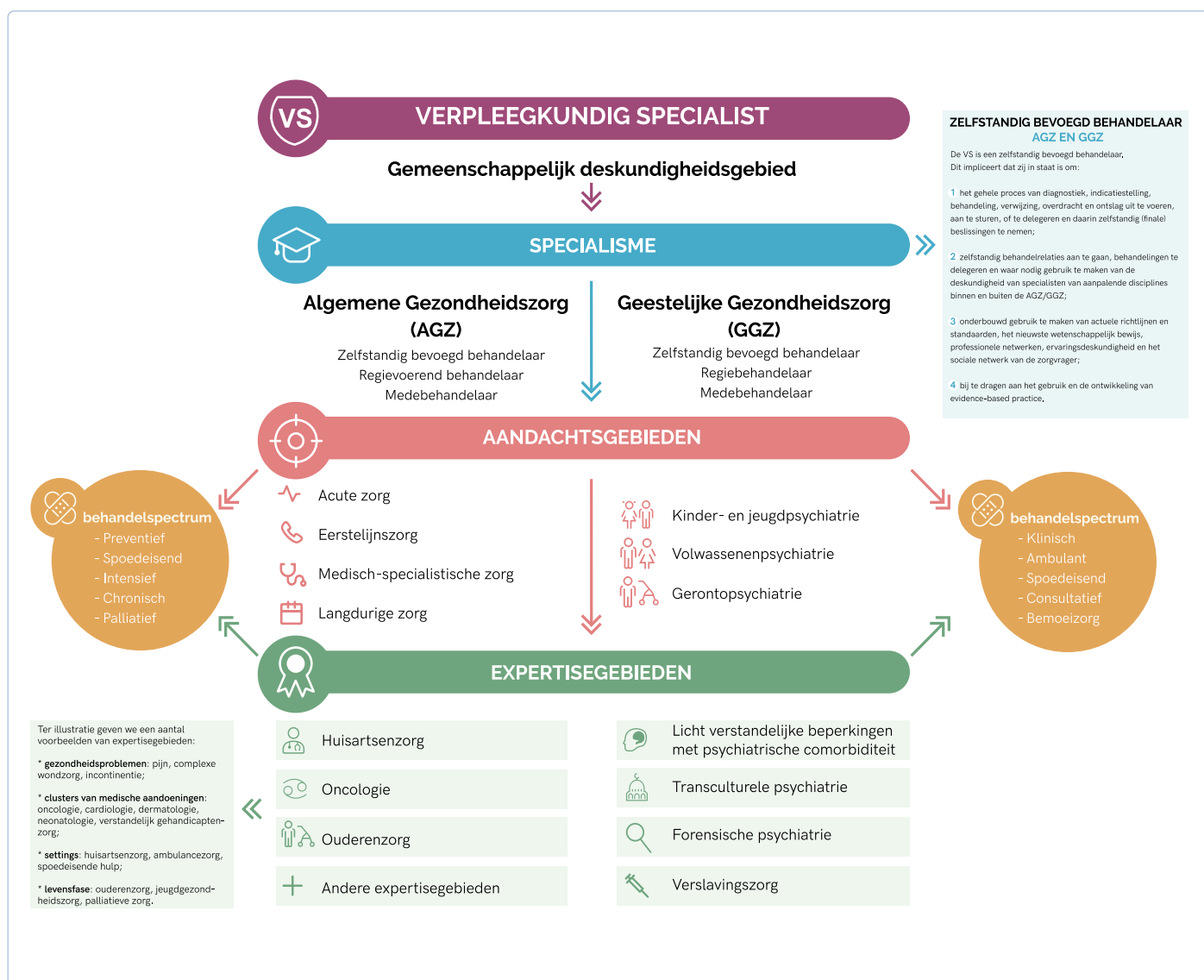
generalistische bekwaamheden verpleegkundig specialist

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	ONDERWIJZEN EN OPLEIDEN	REGIEVOEREND BEHANDELAAR	KWALITEIT VAN ZORG ONTWIKKELEN	LEIDERSCHAP TONEN
> op waarde schatten resultaten onderzoek voor beroepsuitoefening, > initiëren, opzetten en uitvoeren onderzoek gericht op beroepspraktijk, > participeren binnen kennisnetwerken	> begeleiden, coachen en onderwijzen collega-zorgverleners, > opleiden van (regie-)verpleegkundigen in opleiding tot verpleegkundig specialist, > initiëren van en participeren in intercollegiale toetsing	> de coördinator van het zorgproces en het eerste aanspreekpunt voor de zorgvrager en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger, > de regievoerend behandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling	> initiëren, ontwikkelen en implementeren kwaliteit van zorg, innovatie en > professionalisering werkomgeving, participeren binnen kwaliteitsnetwerken	> initiatief nemen ten behoeve van het verhogen van de kwaliteit van de zorg (waardevolle zorg) ten dienste van de individuele zorgvrager, de organisatie en/of het team of van de volksgezondheid en het gezondheids zorgsysteem, > professionaliseren van het beroep verpleegkundig specialist en het vakgebied verpleegkunde
ZELFSTANDIG BEHANDELAAR > methodisch en systematisch stellen van een diagnose en het indiceren, organiseren en verlenen van verpleegkundige en geneeskundige behandeling, > begeleiden zorgvragers gericht op de ziekte en op het ziek zijn waarbij de mens in zijn context centraal staat, en waarbij de uitkomsten betrekking hebben op het handhaven of opnieuw verwerven van de gezondheid, het lichamelijk en/of psychisch functioneren, de kwaliteit van leven en de waardigheid van het leven, > specialistische kennis, vaardigheden en attitude in het eigen aandachtsgebied en het eigen expertisegebied binnen het specialisme AGZ of het specialisme GGZ			specialistische bekwaamheden verpleegkundig specialist	

^ FIGUUR 2. De verpleegkundig specialist: een T-shaped beroepsbeoefenaar. Dit figuur is met toestemming overgenomen uit referentie 1.

> RIET VAN DOMMELEN





^ FIGUUR 3. Aandachts-, expertisegebieden en behandelspectrum van de verpleegkundig specialist Algemene Gezondheidszorg en verpleegkundig specialist Geestelijke Gezondheidszorg. Dit figuur is met toestemming overgenomen uit referentie 1.

in de verschillende aandachtsgebieden ze ook meer houvast. Ze geven aan welke verdieping in het vak mogelijk is. Binnen de oncologie betekent dit dat de rol van de verpleegkundig specialist hierin heel duidelijk is naast die van de medisch specialist, de diëtist, de fysiotherapeut, de huisarts, de thuiszorg en alle andere medische en paramedische disciplines waarmee de oncologische patiënt te maken kan krijgen. En ook de rol in de samenwerking tussen ziekenhuizen natuurlijk, want

oncologische zorg is al lang niet meer altijd beperkt tot één ziekenhuis: dichtbij als het kan, verder weg als het moet.”

Verhage vult aan: “We weten nu heel specifiek wat van verpleegkundig specialisten Oncologie mag worden verwacht. Ook weten we dat er nog werk aan de winkel is, want als het aankomt op zaken als oncolytica voorschrijven, zijn sommige medisch specialisten nog best huiverig om dit los te laten en hen hierin hun rol te geven. Maar dat is een kwestie van tijd. In de zes experimentjaren hebben de verpleegkundig specialisten bewezen dat ze waard zijn wat ze nu wordt toegestaan. Het zou een enorme vergissing zijn als de zorg ze nu niet zou toestaan om hun rol optimaal te benutten, en van de verpleegkundig specialisten zelf als ze die niet vol overtuiging zouden pakken.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)

Referentie

1. Kappert JDS, De Hoop IH. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Utrecht: V&VN; 2019.

Van Dommelen: “Er is nu geen belemmering meer om het vak van verpleegkundig specialist optimaal te benutten”

De vrijheid.
De schoonheid.
Het moment.

De afgebeelde persoon is een fictieve patiënt

De combinatie van dabrafenib en trametinib is nu ook geïndiceerd voor de adjuvante behandeling van volwassen patiënten met melanoom in stadium III met een BRAF V600-mutatie, na complete resectie!

DE ANDERE DIMENSIE

De combinatie van dabrafenib en trametinib is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met een niet-receserbaar of gemetastaseerd melanoom met een BRAF V600-mutatie.

▼ Mekinist is onderworpen aan aanvullende monitoring.

 **NOVARTIS**



 **Tafinlar**[®] +  **Mekinist**[®]
(dabrafenib) (trametinib)

1118TAF1071049



De positie van de verpleegkundig specialist anno 2019

Ervaringen vanuit de beroepsgroep zelf

Verpleegkundig specialisten vormen sinds 2001 een relatief nieuwe beroepsgroep in de zorg. De pioniers onder hen startten hun werkzaamheden vaak zonder een duidelijk omschreven functie of takenpakket onder argwanende ogen van andere zorgverleners. Inmiddels is er veel veranderd. Harold Fliervoet, verpleegkundig specialist Oncologie in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen, en Jenske Geerling, verpleegkundig specialist Palliatieve Zorg in het UMC Groningen, vertellen over hun start als verpleegkundig specialist en over hun huidige positie en werkzaamheden.

Jenske Geerling: "Twaalf jaar geleden begon ik als verpleegkundig consultant in het nieuw op te zetten palliatief adviesteam. Daarvoor moest ik een passende opleiding doen. Een opleiding tot verpleegkundig specialist betekende dat ik ook zelfstandig zou kunnen handelen en medicatieadvies kon geven. Zo ben ik doorgerold van verpleegkundige naar verpleegkundig specialist zonder dat er een duidelijk omschreven functie voor mij was."

Harold Fliervoet volgde de opleiding tot verpleegkundig specialist om een andere reden. "Na jaren als oncologieverpleegkundige te hebben gewerkt, wilde ik mij meer verdiepen in en focussen op een speciale patiëntengroep", vertelt hij. "Vandaar de opleiding. Er was in eerste instantie geen positie voor een verpleegkundig specialist binnen de afdeling, maar gaandeweg is duidelijk geworden welke taken ik op mij kon nemen. Ik startte met behandeling en begeleiding van patiënten met mammacarcinoom die adjuvante chemotherapie kregen."

Erkenning

Fliervoet was daarmee pionier in eigen ziekenhuis. "Een verpleegkundig specialist was vrij nieuw in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis. In de oncologie was ik zelfs de eerste. De medisch specialist, die mijn mentor was vanuit de opleiding, wist wat zij aan mij had, maar haar collega's vroegen zich af wat mijn taken waren, met name in het medische domein, en moesten wennen aan de verantwoordelijkheden die ik kreeg en de voorbehouden handelingen die bij deze functie

horen. Bij de een mocht ik dingen wel; bij de andere niet. Kwam er een nieuwe arts, dan had ik het gevoel dat ik me weer moest bewijzen. In de loop der tijd is dat veranderd. Tegenwoordig werken er meer verpleegkundig specialisten bij de afdeling Oncologie met taken en verantwoordelijkheden die passen bij een verpleegkundig specialist. De functie is nu ook goed omschreven. We zijn volledig geaccepteerd en ik heb het idee dat men ons op waarde schat. Internist-oncologen die op de poli spreekuur draaien, maken graag gebruik van mijn kennis en komen dan ook geregeld met vragen. Daarnaast word ik regelmatig benaderd voor scholingsactiviteiten."

Meerwaarde

"Andere zorgverleners zien tegenwoordig inderdaad onze meerwaarde", zegt Geerling. "Die komt vooral voort uit de combinatie van medische en verpleegkundige competenties. Wij bekijken niet alleen de

Geerling: "Onze meerwaarde komt vooral voort uit de combinatie van medische en verpleegkundige competenties"

> HAROLD FLIERVOET



FOTO NEP PHOTOGRAPHY

^ JENSKE GEERLING

medische kant, maar zien de patiënt als geheel. Daarnaast zijn we laagdrempelig bereikbaar, meer dan een arts. Patiënten bespreken daardoor vaak hun klachten en situatie uitgebreider met een verpleegkundig specialist dan met een oncoloog. Bij elkaar krijg je zo een completer beeld van de patiënt en zijn omstandigheden en kun je de zorg daarop aanpassen. Dat verhoogt de kwaliteit van zorg."

Zelfstandig medisch en verpleegkundig handelen

Zowel Fliervoet als Geerling werkt vrij zelfstandig. Fliervoet: "Ik draai mijn eigen spreekuren en ga een behandelrelatie aan met een patiënt. De medisch specialist geeft wel de indicatie voor behandeling en ziet de patiënt aan het begin en het einde ervan, maar voor de rest ligt de verantwoordelijkheid bij mij. Doordat ik als verpleegkundig specialist ook in het medische domein werk, kan ik bijvoorbeeld ook lichamelijk onderzoek doen en medicatie voorschrijven."

Geerling schrijft, wegens haar consultfunctie, niet zelf medicatie voor. "Iemand anders is de hoofdbehandelaar, maar die schrijft dan vaak

voor op mijn advies. Voor het geven van adviezen handel ik zelfstandig en overleg ik alleen met een arts als ik er zelf niet uitkom. Dat is niet zo vaak. Uiteraard bespreek je alle patiënten nog in het MDO."

Openen DBC

Bij zelfstandig functioneren hoort ook het openen van een DBC. Tot 2015 kon een verpleegkundig specialist dat niet. Hoe is dat anno 2019? "Nu mogen wij dat ook", zegt Fliervoet. "Het ging er ook om dat

Fliervoet: "We zijn volledig geaccepteerd en ik heb het idee dat men ons op waarde schat"

voorheen de internist-oncoloog nog in beeld moest zijn om bijvoorbeeld controles van patiënten na behandeling in de DBC te kunnen registreren. Nu maakt het geen verschil wie de patiënt ziet voor controles: de internist-oncoloog of ik."

Ook Geerling kan gewoon DBC's openen. Dat heeft wel iets langer geduurd. "Voor consulten in huis is dat pas sinds 2017 mogelijk. Daarvoor kon er alleen een DBC geopend worden, als de patiënt ook door een arts was gezien. In de praktijk gebeurde dat niet, omdat dat niet efficiënt was, en niet nodig om goede patiëntenzorg te leveren."

Profilering en scholing

Naast patiëntenzorg doet een verpleegkundig specialist nog veel meer. "Ik spendeer ongeveer een derde van mijn tijd aan patiëntenzorg", zegt Geerling. "Ook een derde is voor het geven van onderwijs en onderzoek. De overige tijd steek ik in werkgroepen en projecten die voortkomen uit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg, zoals implementatie van proactieve zorgplanning en aandacht voor spiritualiteit en zingeving. Zo profileer je je ook meteen. Harold en ik zitten allebei in het dagelijks bestuur van het Netwerk Verpleegkundig Specialisten

Oncologie. Op die manier profileren we ons ook landelijk."

Bij Fliervoet is de patiëntenzorg wat uitgebreider. "Ongeveer een kwart van mijn tijd is voor niet-patiëntgebonden taken, zoals participatie in werkgroepen binnen het zorgpad in het eigen ziekenhuis of bijvoorbeeld binnen een kwaliteitsnetwerk voor borstkankerzorg in de regio. Daarnaast houd ik mij bezig met deskundigheidsbevordering en ben ik werkzaam als gastdocent bij de opleiding tot verpleegkundig specialist (MANP)."

Afwisselende baan

Zou een van hen hun baan graag anders zien? "Met zoveel werkzaamheden heb ik het gevoel overal tijd te kort voor te hebben", zegt Geerling. Taken laten vallen is voor haar echter geen optie. "Die afwisseling is juist zo boeiend. Ik heb er dan liever een collega bij." Voor Fliervoet geldt hetzelfde. "De patiëntenzorg is de basis, waar ik veel voldoening uit haal, maar de bijkomende taken zijn nodig om te voldoen aan de overige competenties die passen bij een verpleegkundig specialist en die de functie ook zo aantrekkelijk maken." | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

ADVERTENTIE

 **CABOMETYX®**
(cabozantinib) tablets
60 mg | 40 mg | 20 mg

**Positief advies
Commissie BOM
mRCC 1ste lijn¹
en 2de lijn²**

CABOMETYX® is geïndiceerd voor de behandeling van:³

Gevorderd niercelcarcinoom (RCC, renal cell carcinoma)

- bij therapie-naïeve volwassenen met intermediate of poor risk
- bij volwassenen volgend op voorgaand vasculair endotheliale groeifactor (VEGF, vascular endothelial growth factor) gerichte therapie.

Hepatocellulair carcinoom (HCC)

- als monotherapie voor de behandeling van hepatocellulair carcinoom (HCC) bij volwassenen die voordien behandeld werden met sorafenib.

Add-on codes: 1ste lijn RCC 1593 - 2de lijn RCC 1346 - HCC 1516

1. Advies Commissie BOM, medische oncologie nr. 1 februari 2019, 29-32
 2. Advies Commissie BOM, medisch oncologie nr. 9, december 2016, 41-44
 3. SmPC Cabometyx® (cabozantinib) dd november 2018
- Verkorte productinformatie elders in dit blad.

 **IPSEN**
Innovation for patient care

Oncologie Up-to-date

Oncologie Up-to-date is een medisch-wetenschappelijk nieuwsblad. Het doet verslag van actuele ontwikkelingen in de oncologie en het oncologisch werkveld. Dat gebeurt door middel van interviews met deskundigen en verslagen van belangrijke congressen, zoals de ASCO, ESMO, ASH en EHA. Het blad verschijnt 6x per jaar in een oplage van 5.000. De congresverslagen verschijnen in de bijlage **Congres Up-to-date**. Daarnaast verschijnen geregeld specials over relevante onderwerpen



Onze app

Behalve op papier of via de site www.oncologie.nu is het blad ook te raadplegen via apps die u kunt downloaden in de **App Store** en via **Google Play**.



Ga naar www.oncologie.nu



Nieuwsbrief

Meld u ook aan voor onze tweewekelijkse nieuwsbrief via e-mail en blijf op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van kankeronderzoek.

Uw e-mailadres wordt uitsluitend hiervoor gebruikt.



Gratis abonnement

Als medisch- of verpleegkundig specialist betrokken bij de behandeling van patiënten met kanker kunt u het nieuwsblad kosteloos ontvangen. U kunt zich per mail (info@uitgeverij-jaap.nl) aanmelden.

Meld u nu aan voor een gratis abonnement!

via info@uitgeverij-jaap.nl



De verpleegkundig specialist: niet meer weg te denken voor artsen

De visie van medisch specialisten op verpleegkundig specialisten

Bij de intrede van verpleegkundig specialisten in het zorglandschap waren artsen soms wat huiverig. Want wat kwam deze nieuwkomer doen in 'hun' medische domein? Inmiddels is de verpleegkundig specialist ingeburgerd en kan menig arts niet meer zonder deze functionaris. Uroloog dr. Kees Hendricksen van het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam en internist-oncoloog en palliatief arts-consulent drs. Sabine Netters van Isala in Zwolle vertellen over hun ervaringen met de relatief jonge beroepsgroep.

Voor beide specialisten nemen de verpleegkundig specialisten behoorlijk wat voorbereidend werk uit handen. Kees Hendricksen: "Binnen onze afdeling werken wij met sneldiagnostiek. De verpleegkundig specialisten vormen hier de fundering voor. Mensen die voor een second opinion naar ons zijn doorgestuurd, komen eerst bij hen terecht. Zij leggen dan de logistiek van het ziekenhuis uit aan de patiënt en brengen de patiënt in kaart: voorgeschiedenis, medicatiegebruik, enzovoort. Tevens zorgen zij ervoor dat bepaalde onderzoeken gedaan zijn, voordat de patiënt in een MDO wordt besproken. Na het MDO ziet de arts de patiënt. Door al het voorwerk verloopt dat consult heel efficiënt. Verpleegkundig specialisten zijn eigenlijk niet meer weg te denken in dit traject. In de kliniek zijn ze meer betrokken bij de nazorg van patiënten. Bij verrichtingen op de operatiekamer zijn zij niet betrokken, maar ze schrijven wel medicijnen voor die voor de urologie van toepassing zijn, inclusief die voor blaasspoelingen bij mensen met niet-spiegervlasief blaascarcinoom."

Meer aandacht voor de patiënt

Ook binnen het palliatief adviesteam in Isala brengen verpleegkundig specialisten de patiënt in kaart, voordat overleg plaatsvindt met de specialist. "Daar blijkt meteen hun meerwaarde", zegt Sabine Netters. "Deze zorgverleners zijn laagdrempelig bereikbaar en hebben meer tijd

en aandacht voor de patiënt. Het niet-medische komt daardoor beter aan bod, met name het psychosociale, zodat een beter beeld van de patiënt ontstaat. Dat is heel waardevol, want bepaalde behandelingen kunnen dan minder geschikt blijken voor een patiënt. Bovendien heeft een verpleegkundig specialist zicht op de verschillende disciplines die bij een patiënt betrokken zijn. Sommige daarvan zijn misschien niet meer van toepassing in de palliatieve fase en kunnen dan vervallen."

Ruimte voor meer en complexere taken

Wat vinden artsen ervan dat de nieuwe zorgprofessionals bepaalde taken overnemen? "Het is eigenlijk noodzakelijk", vindt Hendricksen. "Een team met verpleegkundig specialisten kan meer werk verzetten. Ons team is de afgelopen jaren flink gegroeid, zowel qua aantal urologen als verpleegkundig specialisten. We werken bijna één op één." Netters kent die 'luxe' vooral vanuit haar vorige betrekking in het kleinere Scheper Ziekenhuis in Emmen. "De verpleegkundig specialisten namen bijvoorbeeld taken over bij de zorg van minder complexe patiënten met weinig comorbiditeit. Dat creëerde ruimte voor de internist-oncologen om zich met complexere patiënten bezig te houden. Ik mis die uitgebreide ondersteuning van verpleegkundig specialisten op mijn huidige werkplek, omdat er daar naar verhouding veel minder zijn. Er zijn van oudsher meer regieverpleegkundigen en zij hebben minder



FOTO VINCENT BOON

▲ SABINE NETTERS

bevoegdheden. Een aantal zijn nu in opleiding tot verpleegkundig specialist, maar dat zouden er nog meer mogen zijn.”

Vrijheid van handelen motiveert

Volgens Netters is het van belang dat een verpleegkundig specialist daadwerkelijk zelfstandig kan functioneren. “Tegenwoordig lijkt het belangrijker te zijn dat formuleren op de juiste wijze worden afgetekend. Zo kan het voorkomen dat een verpleegkundige die jarenlang zelfstandig en naar ieders tevredenheid bepaalde handelingen heeft uitgevoerd daar nu opeens toestemming voor moet vragen. Dat werkt demotiverend. Verpleegkundig specialisten zijn hoogopgeleide en gemotiveerde professionals. Die moet je niet klein houden. Binnen het palliatief adviesteam hebben de verpleegkundig specialisten veel autonomie. Verpleegkundig specialisten mogen vrijwel alles wat een arts mag. Komen ze ergens niet uit, dan raadplegen zij de superviserende medisch specialist. De grenzen van hun bekwaamheid geven ze zelf aan. Dat werkt heel goed.”

Liever fysieke nabijheid

“Een team van artsen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen hoort ook fysiek bij elkaar te zitten”, vindt Netters. “Dat schept letterlijk en figuurlijk minder afstand en daardoor weet je precies wat je aan elkaar hebt. Bij elkaar binnenlopen is anders dan communiceren per e-mail of telefoon; dat wordt tegenwoordig onderschat. Als internist-oncoloog zit ik op een andere plek dan de rest van het palliatief adviesteam, maar ik zorg dat we elkaar als team veel zien. Uit ervaring weet ik dat dat beter werkt.”

Leren met de verpleegkundig specialist

Hendricksen merkte dat een goede interactie met een verpleegkundig specialist ook leerzaam kan zijn. “Een paar jaar terug heb ik een verpleegkundig specialist opgeleid. Elke week kwamen we bij elkaar om vragen door te nemen, die zij vanuit de opleiding kreeg. Daar zaten vragen bij waarvan ik ook niet meer precies wist hoe dat zat. Daarnaast spitten we samen een EAU-richtlijn over blaaskanker door en

bespraken en bediscussieerden we de inhoud. Bij elkaar houdt het je als uroloog scherp.”

Kennisniveau

De uroloog gebruikt verpleegkundig specialisten zelfs als vraagbaak als het zo uitkomt. “Van blaas- en nierkanker ben ik goed op de hoogte, maar ik zie minder patiënten met prostaatkanker. Als er nieuwe studieprotocollen zijn of er is iets veranderd in de behandeling van patiënten met prostaatkanker op basis van recent onderzoek wat nog niet in de richtlijn staat, dan vraag ik dat mede aan een verpleegkundig specialist die deze patiënten heel vaak ziet. De kennis bij verpleegkundig specialisten is van hoog niveau.”

Subspecialisatie en onderzoek

Dat hoge kennisniveau heeft ook te maken met de specialisatie van de zorgverleners in het Antoni van Leeuwenhoek. “Bij ons zijn de verpleegkundig specialisten - net als de urologen - behoorlijk gesubspecialiseerd”, verklaart Hendricksen. “Zij hebben een eigen specialisatie binnen de urologie, zoals prostaatkanker of blaas- en nierkanker, afhankelijk van welke patiënten zij veel zien. Dat leidt heel regelmatig tot een initiatief van een verpleegkundig specialist om het zorgproces te verbeteren middels onderzoek. Als urologen waarderen en stimuleren we die intentie om een onderwerp verder te brengen.”

Bestuurlijke functies voor verpleegkundig specialist?

Zelfstandig zorgprofessional, onderzoeker, consulent... De verpleegkundig specialist kent vele petten. Toch mist er iets in het rijtje, vindt Netters. “De raad van bestuur en medische staf bepalen samen het beleid van een ziekenhuis. In Nederland zit echter niet of zelden een verpleegkundig specialist of verpleegkundige in die raad, terwijl zij samen het merendeel van de zorgverleners in een ziekenhuis vormen. Het zou goed zijn als een aantal beleidsmatig opgeleide verpleegkundig specialisten lid wordt van een raad van bestuur. Maar dat is nog wel een uitdaging.” | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

▼ KEES HENDRICKSEN



FOTO ANTONI VAN LEEUWENHOEK

De unieke rol van de verpleegkundig specialist

De afgelopen tien, vijftien jaar heeft de verpleegkundig specialist meer en meer zijn/haar intrede gedaan in het Nederlandse zorglandschap, ook in de oncologie. Verpleegkundig specialisten Oncologie uit Zuyderland Medisch Centrum lichten hun taken en positie in de zorgketen toe.

In een inmiddels langzaam grijs wordend verleden kwam de patiënt in het ziekenhuis slechts twee 'soorten' zorgverleners tegen: medisch specialisten en verpleegkundigen. Anno 2019 is het aanbod ruimer. Naast de medisch specialisten en verpleegkundigen lopen er nu ook verpleegkundig specialisten en *physician assistants* door de gangen. De grote gemene deler tussen de 'nieuwe' beroepen is dat zij een beperkt en goed omschreven deel van het takenpakket van de medisch specialist kunnen en mogen overnemen. Hierdoor is als het ware een continuüm ontstaan wat betreft zorgtaken en verantwoordelijkheden.

"De verpleegkundig specialist - naar de Angelsaksische oorsprong voorheen ook wel *nurse practitioner* genoemd - is een verpleegkundige die aanvullend een hbo-masteropleiding *Advanced nursing practice* heeft gevolgd", vertelt Marja Portz, die inmiddels een kleine vijftien jaar werkzaam is als verpleegkundig specialist binnen de afdeling Medische Oncologie van Zuyderland Medisch Centrum. "Met die verpleegkundige achtergrond onderscheidt de verpleegkundig specialist zich dan ook van de *physician assistant*", vult Paul Schormans, verpleegkundig specialist binnen dezelfde afdeling, aan. "De *physician assistant* heeft doorgaans een hbo-vooropleiding vanuit de paramedische hoek, bijvoorbeeld fysiotherapie of diëtetiek."

UNIEK TAKENPAKKET

Kenmerkend voor de verpleegkundig specialist is het unieke takenpakket dat ieder van hen vervult. "Het exacte takenpakket van de

verpleegkundig specialist ontstaat zowel tijdens als na de opleiding op basis van persoonlijke voorkeuren en de behoeften van de afdeling waar je werkt", stelt Portz. "Zo zag ik tijdens mijn opleiding nog allerlei verschillende oncologische patiënten die voor systemische behandeling in het ziekenhuis kwamen. Geleidelijk spitste zich dat toe op patiënten met borst- of darmkanker en nu houd ik me nog alleen bezig met borstkankerpatiënten. Maar op dat

Portz: "Het is nog aftasten hoe deze relatief nieuwe beroepsgroep precies kan en mag worden ingezet"

terrein ben ik dan wel flink de diepte ingegaan. Ik zit altijd bij het multidisciplinair overleg (MDO) voor patiënten met borstkanker en behandel binnen afgesproken grenzen zelfstandig de patiënten die voor systemische therapie komen. Hierbij kan ik altijd overleggen met de medisch specialisten binnen ons behandelteam."

"Ik vind het juist leuk om met een brede patiëntenpopulatie bezig te zijn", vertelt Schormans. "Zo ben ik deels bezig met kwaliteitsontwikkeling en informatievoorziening voor de oncologische patiënten via de website. Daarnaast ben ik het aanspreekpunt voor het oncologisch dagcentrum, behandel ik poliklinisch patiënten met gemetastaseerd niercelcarcinoom die ty-

rosinekinaseremmers gebruiken, en patiënten met immunotherapie in ons immuno-oncologiecentrum. Tevens ben ik trombosecoach voor oncologische patiënten en voer ik beenmerg-, bot- en ascitespuncties uit."

"Zo'n takenpakket groeit gaandeweg", stelt Danny Quadvlieg, die nog in opleiding is tot verpleegkundig specialist. "Vanuit mijn functie als casemanager Hematologie ben ik begonnen aan de opleiding tot verpleegkundig specialist en verdiep ik me vooral in hemato-oncologie. Zo doe ik de intakegesprekken met hematologische patiënten die in aanmerking komen voor orale therapie, regel ik alles rondom het MDO Hematologie en ben ik betrokken bij de systemische behandeling en de nazorg van lymfoompatiënten. Ik doe ook de controle en begeleiding van patiënten met chronische myeloïde leukemie en voor deze kleine groep patiënten wil ik in de nabije toekomst graag een videoconsult ontwikkelen. Daarnaast draai ik mee op de multidisciplinaire polikliniek Immuono-oncologie en ben ook ik trombosecoach voor oncologische patiënten."

"Hoewel we dus alle drie verpleegkundig specialist binnen de oncologie zijn en deel uitmaken van het oncologisch team in dit ziekenhuis, heeft ieder van ons een uniek takenpakket", benadrukt Schormans. "We kunnen niet zomaar elkaars werk overnemen."

ZELFSTANDIG

"Iedere verpleegkundig specialist heeft een eigen niche", beaamt dr. Franchette van den Berkmortel, internist-oncoloog in Zuyderland Medisch Centrum. "Binnen die niche heeft de verpleegkundig specialist de vrijheid om bepaalde taken zelfstandig uit te voeren. Zo



Foto: LORAINÉ BODEWES

^ Vlnr boven: **FRANCHETTE VAN DEN BERKMORTEL, PAUL SCHORMANS**. Onder: **DANNY QUADVLIEG, MARJA PORTZ**

schrijven onze verpleegkundig specialisten bijvoorbeeld zelfstandig chemotherapie voor. Natuurlijk heeft de vakgroep Hemato-oncologie hiervoor wel duidelijke protocollen geschreven zodat de grens van verantwoordelijkheid duidelijk is afgebakend. En waar nodig geven de verpleegkundig specialisten nieuwe invulling aan hun takenpakket. Bijvoorbeeld de functie van trombosecoach die hier is ontwikkeld."

"Dat kwam voort uit opmerkingen van oncologische patiënten dat zij niet tevreden waren over de begeleiding en informatievoorziening ten aanzien van hun trombose of longembolie", vult Schormans aan. "Zo werd vaak niet aangegeven hoe lang de antistolling moest worden geslikt. We hebben nu geregeld dat de trombosecoach binnen vijf dagen contact opneemt met oncologische patiënten die zich in het ziekenhuis melden met een trombose of longembolie. De patiënt kan dan aangeven of er nog vragen en/of onduidelijkheden zijn

en wordt vervolgens door de trombosecoach nog enige tijd gevolgd."

"Dit voorbeeld illustreert meteen de grote waarde die de verpleegkundig specialisten hebben wat betreft de begeleidende, meer verpleegkundige kant van de zorg", stelt Van den Berkmortel. "Vanuit hun achtergrond en functie zijn zij - meer dan de medisch specialisten - toegankelijk voor het bespreken van eventuele vragen, behoeften en/of onzekerheden bij de patiënten. Oncologische behandelingen worden steeds complexer, waardoor informatieverstrekking aan patiënten belangrijker en intensiever wordt. Verpleegkundig specialisten zijn voor patiënten vaak een veel laagdrempeliger aanspreekpunt dan medisch specialisten. Daarnaast zijn de verpleegkundig specialisten door hun opleiding in staat zelfstandig consulten te doen en tal van medische handelingen te verrichten. Er zijn duidelijke afspraken wanneer de verpleegkundig specialist contact opneemt met de medisch specialist, bijvoorbeeld om een behandelplan te

toetsen. Of voor overleg over een patiënt bij wie zich een acuut complex probleem voordoet. De verpleegkundig specialisten zijn bovendien vaak degenen die het gehele zorgtraject overzien en bewaken, en ingrijpen als iets niet volgens afspraak gaat."

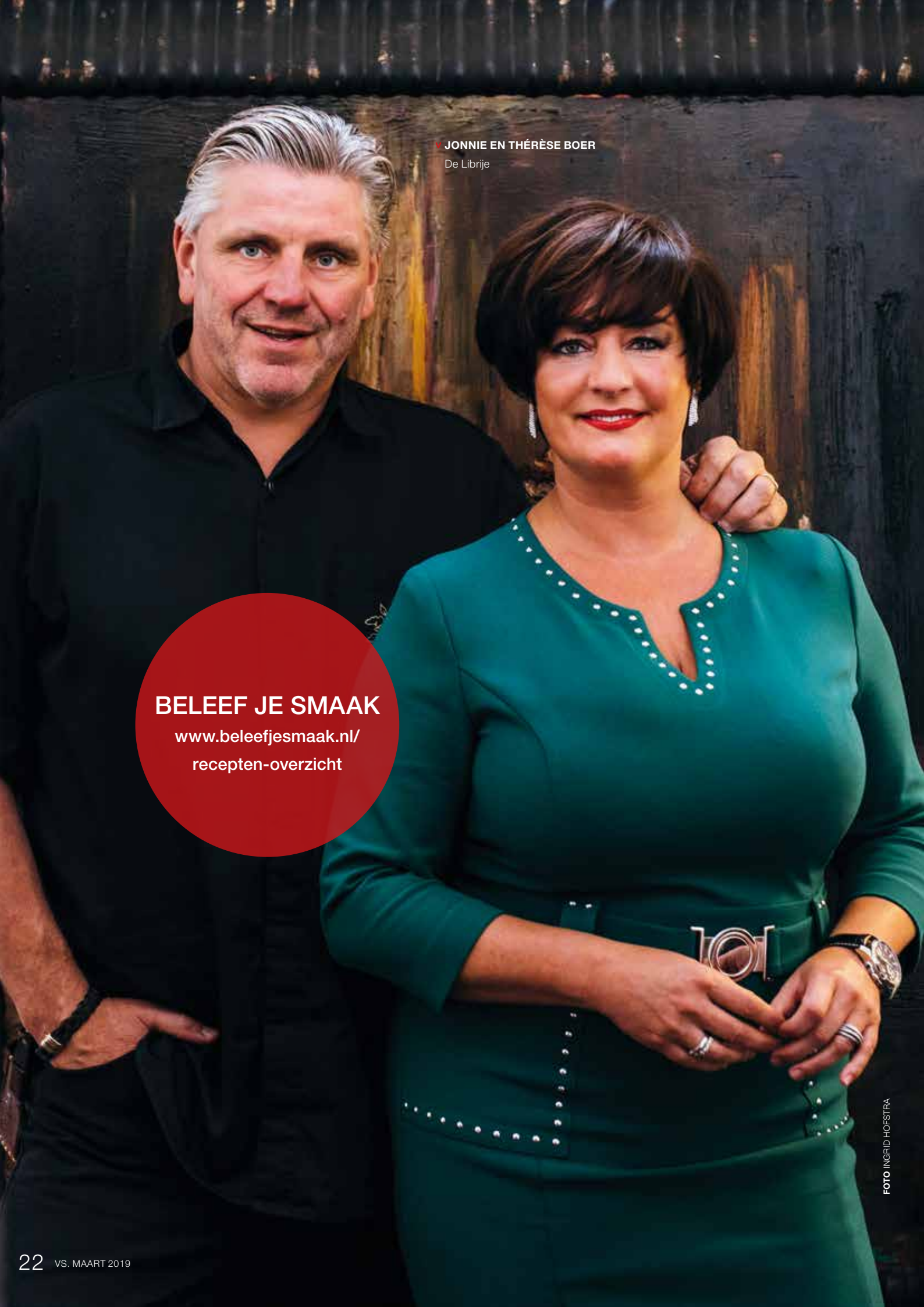
ERKENNING

De positie van de verpleegkundig specialist is overigens niet in alle ziekenhuizen en/of binnen alle afdelingen hetzelfde, merken de vier op. Quadvlieg: "Ik hoor wel van collega's die elders werken of in opleiding zijn dat zij veel minder zelfstandig mogen werken en minder ruimte krijgen om zelf hun takenpakket in te vullen." "Het is nog aftasten hoe deze relatief nieuwe beroepsgroep precies kan en mag worden ingezet", stelt Portz.

Van den Berkmortel: "Verpleegkundig specialisten moeten op veel plaatsen nog het vertrouwen krijgen dat ze verdienen. Waarbij overigens geldt dat de verpleegkundig specialisten ook tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen. Je merkt dat medisch specialisten soms huiverig zijn taken af te staan aan de verpleegkundig specialisten. Enerzijds omdat ze bang zijn dat daardoor hun eigen werk juist zwaarder wordt als ze de hele dag alleen nog maar de 'moeilijke gevallen' zien. Anderzijds omdat ze bang zijn amper meer contact met de patiënten te hebben, doordat ze dan vooral de manager van de afdeling worden die de hele dag verpleegkundig specialisten aanstuurt. Het is daardoor lastig te zeggen voor hoeveel verpleegkundig specialisten er ruimte is binnen een afdeling. Dat aantal hangt heel erg af van de invulling van het takenpakket van iedere verpleegkundig specialist en van de taken die er liggen. Je moet daarbij wel altijd blijven opletten dat je als team blijft functioneren."

"Ik denk wel dat de komende jaren het aantal verpleegkundig specialisten op diverse afdelingen verder zal toenemen", zegt Portz. "Het zou mooi zijn als er dan ook overal maximaal gebruikgemaakt gaat worden van onze kennis en kunde. Dat zal de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg alleen maar ten goede komen. Hopelijk leidt dat ook tot meer erkenning van de positie van de verpleegkundig specialist." | **Dr. Marten Dooper, wetenschapsjournalist.**

Deze bijdrage is financieel mogelijk gemaakt door Ipsen Farmaceutica BV. Ipsen Farmaceutica BV heeft geen invloed gehad op de inhoud van het verslag.



✓ **JONNIE EN THÉRÈSE BOER**

De Librije

BELEEF JE SMAAK

[www.beleefjesmaak.nl/
recepten-overzicht](http://www.beleefjesmaak.nl/recepten-overzicht)

FOTO INGRID HOFSTRA

Een kwestie van smaak

Tijdens en na behandeling met chemotherapie hebben veel kankerpatiënten last van een veranderde smaakbeleving. Op dit moment is hierover nog weinig wetenschappelijke kennis beschikbaar. Het initiatief 'Beleef je smaak' wil de kennis over smaak bij kankerpatiënten vergroten en wetenschappelijk onderzoek naar smaakbeleving in samenhang met chemotherapie bevorderen. Dr. Ellen Kramer van Isala in Zwolle is een van de initiatiefnemers van de gelijknamige stichting. Zij kwam in Zwolle op een bijzondere wijze in contact met Jonnie en Thérèse Boer van De Librije en ging een unieke samenwerking aan met deze 'ambassadeurs van de smaak' uit haar stad.

Midden in de drukke kerstperiode spraken wij Jonnie en Thérèse Boer over het belang van smaak en hoe zij betrokken raakten bij dit bijzondere project.

"Op een avond kwamen wij tijdens het diner in ons restaurant zonder vloeibare stikstof te zitten. Bij molecuulair koken, zoals wij dat doen, is vloeibare stikstof onmisbaar", vertelt Jonnie. "Via via hoorden we dat ze in het ziekenhuis ook gebruikmaken van vloeibare stikstof. Een telefoontje naar Isala en het was geregeld; ze konden wel een litertje missen. In het ziekenhuis meldde ik me bij dr. Ellen Kramer, hoofd Stamcellaboratorium, die mij de stikstof overhandigde. Ik raakte met haar in gesprek en ze vertelde me een verhaal, waarvan ik na afloop vond dat we er iets mee moesten doen", aldus Jonnie.

"Het ging over een vriendin met leukemie die ooit in De Librije had gegeten", gaat Jonnie verder. "Die vriendin was aan het einde van haar leven en eten in De Librije stond nog op haar wensenlijstje. Helaas werd het een grote teleurstelling. Het eten smaakte haar niet." Het bleek dat ze al 25 jaar, sinds ze getransplanteerd was, eigenlijk geen smaakbeleving had. "Dit is iets wat we vaker tegenkomen in ons restaurant, met name bij kankerpatiënten. Ellen Kramer is verder gaan praten met deskundigen en patiënten en ook wij zijn er over gaan nadenken om vervolgens tot een samenwerking te komen."

"We zijn proeverijen gaan houden", vult Thérèse aan. "Op deze manier zijn we erachter gekomen welke smaken patiënten die chemotherapie hebben ondergaan fijn en niet fijn vinden. Hier hebben wij gerechten bij bedacht en recepten voor ontwikkeld. Deze zijn te vinden op de website van Beleef je smaak (www.beleefjesmaak.nl/recepten-overzicht). In ons restaurant zijn we wel gewend om ook om te gaan met gasten die ziek zijn en een veranderde smaak of geen smaak hebben", gaat Thérèse verder. "Bijvoorbeeld iemand die geen wijn meer proeft. Door deze persoon champagne te geven, wordt hij of zij wel getriggerd door de prikkel die de champagne geeft en krijgt deze gast wel een beleving. Beleving is volgens ons onderdeel van een smaaksensatie."

Jonnie en Thérèse hebben gelukkig in hun eigen gezin nog nooit ernstige ziekten meegemaakt. Als een van de gezinsleden ziek is, geven

ze bij voorkeur een lekker stevige bouillon of een grog. Hun mening over het eten in ziekenhuizen: "Te weinig beleving en te weinig smaak. Het is te veel eenheidsworst."

"Een algemene smaak bestaat niet", volgens Jonnie, en "over smaak valt zeker te twisten, maar over het algemeen vinden mensen smaken met umami erg lekker. Natuurlijk houden wij hier als we recepten ontwikkelen rekening mee. Verder wordt smaak vaak ook sterk beïnvloed door beleving", vertelt Jonnie. "Dit is waar we ook mee spelen in onze restaurants en is deel van de sensatie als je bij ons komt eten. Ook daar kun je als je kookt voor mensen met verminderde smaak mee spelen. Denk aan de structuur van het gerecht dat je een patiënt voorzet bijvoorbeeld."

Thérèse vertelt dat je smaak zeker kunt ontwikkelen. Je kunt het trainen door veel te proeven en te herhalen en daardoor een grote smaakreferentie te krijgen. Zelf houden Jonnie en Thérèse erg van zuur en umami, "omdat dit naar meer smaakt", volgens Thérèse. En natuurlijk houden deze fijnproevers van bitter in combinatie met andere smaken.

"We hopen dat meer onderzoek en aandacht voor (veranderde) smaakbeleving bij patiënten in de nabije toekomst ertoe gaat leiden dat de kwaliteit van leven en de voedingstoestand van patiënten verbetert", besluit Jonnie. | Dr. Nynke Koopen, wetenschapsjournalist

Thérèse: "In ons restaurant zijn we wel gewend om ook om te gaan met gasten die ziek zijn en een veranderde smaak of geen smaak hebben"

Kon je maar voorspellen hoe een patiënt er na 3 maanden chemotherapie aan toe is.



Je probeert al het mogelijke te doen, maar na verloop van tijd lijdt het lijf aan gevolgen van therapie of de ziekte zelf.

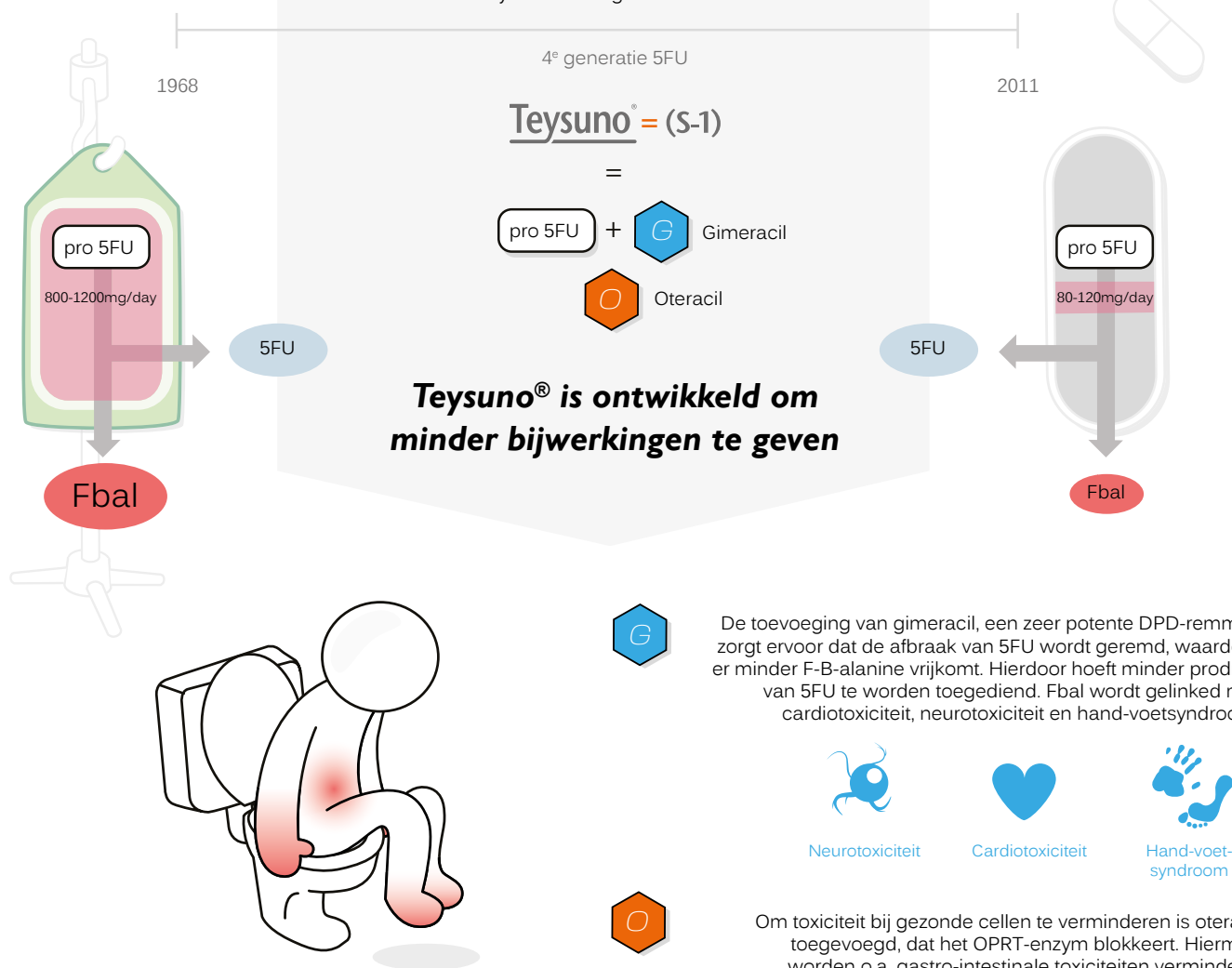


Als je ziet dat het mis gaat, wil je een alternatief. Spelen met doseringen is niet de enige oplossing.



Gelijke effectiviteit, geringe toxiciteit bij behandeling van maagcarcinoom¹

Teysuno® combineert de prodrug van 5FU (tegafur), met enzymremmers gimeracil en oteracil².



Add-on

Het tarief waarop aanspraak gemaakt mag worden wanneer Teysuno® wordt gebruikt voor de behandeling van maagcarcinoom in combinatie met cisplatine of voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom en coloncarcinoom bij intolerantie voor capecitabine is vastgesteld op

€ 1,26 per 5 mg

Waarmee de kosten voor behandeling volledig worden vergoed.

Resultaat: een effectieve, orale 5FU, met geringe toxiciteit.

NORDIC
PHARMA

www.nordicpharma.nl

info@nordicpharma.nl

T 035 54 80 580

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

TEY/2019/83V2

Vrije tijd voor de verpleegkundig specialist

Ze sporten, zingen, schilderen of hebben een leuke tweede baan in het familiebedrijf. Verpleegkundig specialisten vullen hun vrije tijd op eigen wijze in.



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

< Cora Braat is verpleegkundig specialist
Radiotherapie bij het Erasmus MC Kanker
Instituut, Rotterdam

"Ik kwam acht jaar geleden in aanraking met schilderen door een workshop ter ere van een verjaardag. Ik vond het zo leuk dat ik ben blijven hangen. Ik schilder graag realistisch, liefst kleurrijke mensen, vaak uit andere culturen. Ik werk met acrylverf op doek. Het gefriemel aan de details, daar kan ik me helemaal in verliezen en dat maakt dat ik lang doe over een schilderij. Uiteindelijk gaat het me niet om het product, maar om het bezig zijn met schilderen.

Mijn schilderclubje brengt me ontspanning, ook omdat het inmiddels een vriendengroep is en ik ondertussen gezellig kan kletsen en thee-drinken. Door het schilderen leer je anders te kijken naar dingen, dit zou je kunnen gebruiken als metafoor voor je werk. Met een andere blik naar mensen kijken kan ook veel opleveren in ons werk."

Naast schilderen zingt Cora in een klassiek koor.

Bianca Kramp is verpleegkundig specialist
bij het Pijncentrum van Rijnstate Velp



"Naast mijn werk heb ik een soort tweede baan. Ik werk met paarden in het bedrijf van mijn man. Met name in de zomer is het in onze hengsten-fokkerij topdrukte. Als ik dan thuiskom uit mijn werk in het ziekenhuis, trek ik mijn oude kleren aan en ga aan de slag.

Bij ons worden de merries nog op een natuurlijke wijze gedekt. Wij hebben Shetlanders en die staan nog wat dichter bij de natuur in vergelijking met andere paarden. Ze worden daarom niet kunstmatig geïnsemineerd. Om deze reden is het fokken van Shetlanders een arbeidsintensief proces. We hebben in de zomer rond de honderd gastmerries op ons bedrijf, en in totaal worden er in een seizoen ongeveer rond de 600 merries gedekt met onze hengsten. We hebben rond de twintig jonge Shetlanders in opfok en ongeveer dertig fokmerries. Per jaar worden tegen de dertig veulens geboren en die verzorg ik samen met mijn man en dochter.

Er zijn inderdaad parallellen met mijn verpleegkundige achtergrond, maar dat is niet bewust. De combinatie van buiten en lekker fysiek bezig zijn op ons eigen bedrijf en meer met mijn hoofd werken op mijn 'echte' werk is een hele fijne combinatie. Ik vind het heel belangrijk dat de veulens goed geboren worden. Bevallingen doen we zelf en zijn meestal 's nachts. Daar wil ik bij zijn om de veulens een goede start te geven. Dat is mijn ambitie in deze hobby."

Naast haar gewone werk en de paarden, sport Bianca graag en doet ze de bedrijfsadministratie. | Dr. Nynke Koopen, wetenschapsjournalist



FOTO DUNCAN DE FEY



Arts en verpleegkundig specialist samen naar congres: meerwaarde enorm

Minimaal een keer per jaar gaan internist-hematoloog dr. Marie-Cecile Legdeur en verpleegkundig specialist Tineke Duyts samen naar een congres. Vaak luisteren ze dan naar dezelfde presentaties en eten ze 's avonds ergens samen. “Na een sessie over een interessante ontwikkeling bedenken we meestal al ter plekke hoe we deze in onze eigen klinische praktijk zouden kunnen implementeren.”

Ze moeten er gelukkig zelf ook om lachen, want als je niet beter weet, klinkt het best kneuterig: twee vrouwelijke collega's die samen een paar dagen op pad zijn. “Je mag gerust weten dat we er elke keer enorm naar uitkijken, want een congresbezoek is gelukkig een combinatie van nuttig en leuk. Maar de nadruk ligt vooral op het eerste. Dat is niet omdat het moet, maar omdat we het enorm interessant vinden,” vertelt Tineke Duyts.

Al bijna twintig jaar werken Duyts en Marie-Cecile Legdeur samen op de afdeling Hematologie in Medisch Spectrum Twente. Aan het begin van deze eeuw vroegen de internisten aan Duyts of ze de opleiding tot verpleegkundig specialist wilde volgen, met het oog op destijds alle nieuwe ontwikkelingen rondom stamceltransplantatie. Het heeft haar geen windeieren gelegd: sindsdien heeft ze binnen het ziekenhuis en regionaal een coördinerende rol rond stamceltransplantatie én zit ze bovendien in allerlei landelijke werkgroepen.

Verlanglijstje

“We kiezen samen een congres uit,” vervolgt Legdeur. “Daarbij kijken we niet alleen naar het programma, maar ook naar de congressen waar we de afgelopen jaren zijn geweest. Vorig jaar zijn we bijvoorbeeld naar een congres geweest over stamceltransplantatie; dat doen we dan dit jaar niet. Over een paar maanden gaan we naar Lugano (Zwitserland) voor de International Conference on Malignant Lymphoma (ICML). Dit congres vindt slechts één keer in de twee jaar plaats, dus dit staat dan ook altijd wel hoog op ons verlanglijstje. Maar we kijken ook waar de andere collega's naartoe zullen gaan. Binnen ons team hebben we het hele palet van hematologie, zoals lymfomen, leukemie en stollingsproblematiek, verdeeld. Dat houdt in dat je voor jouw spe-

cialisatie de laatste ontwikkelingen en studies volgt en dat je intern de eindverantwoordelijke bent in het geval ons ziekenhuis patiënten levert voor een onderzoek. Op deze manier wonen we als team jaarlijks de belangrijkste presentaties bij van de actuele ontwikkelingen binnen ons vakgebied. Eenmaal terug vindt dan intern in diverse samenstellingen terugkoppeling plaats en wordt er beoordeeld of implementatie van de nieuwe inzichten wenselijk en haalbaar is. Als dat het geval is, worden acties ondernomen en de protocollen aangepast.”

Haalbaarheid

Tijdens zo'n congres, legt Duyts uit, bekijken ze elke avond het programma van de volgende dag en beslissen ze samen wat ze zullen bijwonen: “Soms gaan we apart naar een presentatie. Als er bijvoorbeeld iets specifiek wordt uitgelegd voor medisch of verpleegkundig specialisten. Maar vaker willen we naar dezelfde sessies. Het voordeel hiervan is dat je allebei weer andere aspecten uit dezelfde voordracht haalt. We vullen elkaar daarin naadloos aan. Marie-Cecile is vooral gericht op de inhoudelijke aspecten van een nieuwe therapie. Welke studies er zijn gedaan, wat de werking is, welke bijwerkingen het

Duyts: “Het voordeel van dezelfde sessies bijwonen is dat je allebei weer andere aspecten uit dezelfde voordracht haalt”

heeft, of de kwaliteit van leven erdoor verbetert. Mijn blik is daar ook op gericht, maar daarnaast maak ik meteen de praktische slag naar de klinische praktijk: hebben wij de middelen in huis om de nieuwe therapie te geven? Zijn de zorgverleners gekwalificeerd? Vereist de nieuwe therapie extra aanpassingen, zowel in het ziekenhuis als ook in de thuissituatie? Zo ja, hoe gaan we dat organiseren?”

Als ze alleen naar een congres zou gaan, weet Legdeur zeker, dan zou ze waarschijnlijk wel met nieuwe inzichten, mooie plannen en ideeën thuiskomen, maar zou een deel niet door kunnen gaan, omdat het praktisch niet realiseerbaar is in het Twentse ziekenhuis. Doordat ze samen ter plekke al diverse aspecten rondom een nieuwe therapie in kaart brengen, kunnen ze meteen de wenselijkheid en haalbaarheid beoordelen, en terug in Twente vlot schakelen.

Bijpraten

Maar het zijn niet alleen nieuwe ontwikkelingen die beide collega's tijdens een congres onder de loep nemen. Ook bestaande behandelingen, processen en protocollen passeren de revue. Duyts: “Gedurende zo'n congres trek je een aantal dagen heel intensief met elkaar op en vind je steeds wel een gelegenheid om eens even uitgebreid met elkaar bij te praten. In de dagelijkse praktijk ben je daar toch vaak te druk voor. Eenmaal terug zit mijn koffer vol frisse ideeën en voornemens en wordt er daadwerkelijk gekeken of verbeteringen gedaan kunnen worden.” Ook met collega's uit andere centra hebben ze dan veel contact. Velen van hen kennen ze vanwege alle overleggen waarin onder meer de behandeling van specifieke patiënten wordt besproken. Duyts kent vooral veel zorgverleners uit het Leids Universitair Medisch Centrum en

Legdeur: “Eenmaal terug van een congres vindt intern terugkoppeling plaats en wordt beoordeeld of implementatie van de nieuwe inzichten wenselijk en haalbaar is”

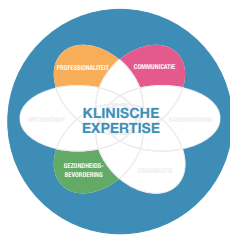
Legdeur vanuit de Amsterdamse centra. Legdeur: “Vaak, als ze een van ons tegenkomen en de ander nog niet hebben gezien, vragen ze heel verbaasd of we alleen zijn. Ondenkbaar, want we worden echt als een duo gezien. Meestal gaan we een avond met een grote groep uit eten, zit Tineke aan de ene kant van de tafel en ik aan de andere kant. De gesprekken gaan dan over van alles, maar ook over ons vakgebied; ervaringen worden uitgewisseld, ideeën worden opgedaan, plannen gesmeed en nieuwe contacten gelegd. Soms bespreken we een actuele casus, dan heb je net een patiënt in behandeling met een ingewikkeld of onduidelijk beeld. Terwijl je dan aan je voorgerecht zit, leg je deze dan voor aan een aantal collega's. Vaak krijg je er nieuwe inzichten door, die je weer terug in Twente verder helpen. Zou je een congres online volgen, dan zou je deze interactie en overleggen missen, terwijl deze misschien wel minstens zo bepalend zijn voor het succes van zo'n trip.” | Drs. Caroline Wellink, wetenschapsredacteur

▼ TINEKE DUYTS

▼ MARIE-CECILE LEGDEUR



FOTO NFP PHOTOGRAPHY



Begeleiding op maat

De beleving van een patiënt

Een verpleegkundig specialist heeft meer tijd voor een patiënt dan een arts en is beter bereikbaar voor die patiënt, beweren zorgprofessionals vaak. Maar klopt dat met de praktijk? Patiënt Rolf de Wit vertelt over zijn ervaring met verpleegkundig specialist Maarten van Elst van de afdeling Urologie in het UMC Utrecht Cancer Center.

Bij Rolf de Wit werd al geruime tijd jaarlijks de bloedwaarde van PSA gecontroleerd, omdat prostaatkanker in de familie voorkomt. Na een aantal jaar nam de PSA-waarde toe, een teken dat er iets aan de hand was. Aanvullend onderzoek wees uit dat er sprake was van prostaatkanker. De Wit: “Op het moment dat je de diagnose kanker krijgt, weet je niet wat de diagnose precies betekent. Ik wist alleen dat ik prostaatkanker had, maar niet in welke vorm of gradatie. Wel wist ik dat behandeling mogelijk was.”

Hulp bij behandelkeuze

De Wit werd doorverwezen naar een oncologisch uroloog en een verpleegkundig specialist: Maarten van Elst. “De eerste afspraak met de verpleegkundig specialist herinner ik mij nog heel goed”, zegt De Wit. “Na een korte voorstelronde deden we eerst een stap terug. Maarten nam de diagnose met mij door en vertelde wat er precies aan de hand was. Ik kon een in opzet curatieve behandeling krijgen. Maarten zette de opties die ik had nog eens rustig op een rijtje met de voor- en nadelen. Dan merk je meteen dat deze zorgprofessional daar meer tijd voor heeft dan een medisch specialist, die na een kwartier eigenlijk al naar de volgende patiënt moet. Doordat Maarten alleen de urologie doet, weet hij er ook veel van; echt een deskundige. Samen met mijn echtgenote heb ik op basis van de informatie die hij verstrekke de verschillende opties tegen elkaar afgewogen en een beslissing genomen. In eerste instantie heeft Maarten dus geholpen bij het maken van de keuze voor een behandeling. Uiteindelijk beslis je als patiënt zelf, maar die hulp bij het afwegen van de mogelijkheden vonden mijn vrouw en ik heel prettig.”

Consequenties op de lange termijn

Van Elst neemt tijdens zo’n gesprek vooral ook de mogelijke consequenties van de verschillende behandelingen voor de korte en langere termijn door. “Als behandelaar moet je alle mogelijkheden afwegen en kijken waar de patiënt uiteindelijk beter van wordt en zich beter bij voelt”, zegt hij. “Een behandeling kan bijvoorbeeld erectiestoornissen

of urine-incontinentie tot gevolg hebben. Vaak richten mannen zich op de kortetermijneffecten; zij willen namelijk vooral dat de kanker uit hun lichaam verdwijnt. Eenmaal volledig hersteld van de behandeling zijn het juist de bijwerkingen waar de patiënt het meeste last van heeft. Een deel van hen krijgt daardoor achteraf spijt van hun keuze. Onderzoek onder patiënten met prostaatkanker heeft aangetoond dat spijt achteraf negatief samenhangt met de kennis van de patiënt en actieve betrokkenheid bij de keuze”, vertelt Van Elst.^{1,2} “Uit datzelfde onderzoek kwam naar voren dat indien een radiotherapeut of verpleegkundig specialist was geraadpleegd voordat er een beslissing werd genomen, patiënten achteraf vaker tevreden waren over hun keuze.”

Vast contactpersoon

Hoewel De Wit en zijn echtgenote vrij snel een keuze hadden gemaakt voor het soort behandeling, hoefde dat niet onmiddellijk. “Er was alle ruimte om er goed over na te denken en we konden onze keuze later doorgeven. Wat ik misschien wel het prettigst vond aan de eerste ontmoeting is dat Maarten aan het eind zijn telefoonnummer gaf en zei dat ik altijd mocht bellen of sms’en.” Van Elst: “Dat doe ik altijd bij een eerste kennismaking. Dat past bij de manier waarop ik graag werk en de keuze van onze afdeling. Wij werken met een vast contactpersoon voor de patiënt, die laagdrempelig bereikbaar is en in verbinding staat met die patiënt. Een vast contactpersoon hoeft overigens niet per se een verpleegkundig specialist te zijn”, verduidelijkt hij, “maar bij de oncologie heeft dat wel de voorkeur, omdat je als verpleegkundig specialist zelf een stuk van de behandeling op je kunt nemen. Het is ook mooi dat je jouw competenties dan ten volle kunt benutten voor de patiënt. Afhankelijk van de zorgvraag is dat meer coördinerend of meer in de rol van behandelaar.”

Achter de schermen

Heeft een patiënt een behandeling gekozen, dan zal - bij een curatieve behandeling - een medisch specialist deze uitvoeren. Van Elst is dan



^ MAARTEN VAN ELST

^ ROLF DE WIT

vooral betrokken bij de planning. “De uroloog of radiotherapeut heeft daar niet veel tijd voor, naast de consulten, behandelingen en andere taken die hij of zij heeft. Als verpleegkundig specialist heb ik meer ruimte voor overheadtaken en kan ik meer sturen op de verwachtingen van een patiënt. Wat dat betreft vullen we elkaar in het multidisciplinair team goed aan. Ik heb ook een overzicht van wat er moet gebeuren. Voorafgaand aan de behandeling is aanvullend onderzoek nodig, bijvoorbeeld een MRI. De wachttijd daarvoor is soms langer dan gewenst. Als verpleegkundig specialist kun je daarin bemiddelen. Niet-behandelaars, zoals doktersassistenten en verpleegkundigen mogen dat niet.”

Wachttijdbemiddeling

Door het overzicht te houden, weet Van Elst ook of een patiënt eerder of later behandeld dient te worden dan de standaard wachttijd voor behandelen. “Soms heeft een patiënt een indicatie om sneller aan de beurt te zijn. Binnen het behandelteam geef ik dat aan, zodat er eventueel geschoven kan worden. Het gaat dan met name om de agressiviteit van de tumor, maar het kan ook om een patiënt gaan die psychisch last heeft van het nog niet behandeld worden. Zware psychische klachten kunnen soms een reden zijn om eerder te behandelen. Als dat niet gaat, proberen we andere oplossingen, bijvoorbeeld medicatie die maakt dat het lichaam wat minder gevoelig wordt voor de tumor. Dit kan de patiënt wat rust geven. Die medicatie schrijf ik dan zelf voor.”

Gedeeld gevoel

Een zeer agressieve tumor of zware psychische problemen waren niet aan de orde bij De Wit. Hij kreeg te maken met de reguliere wachttijd van op dat moment zes weken. “Dat vond ik lastig, want als je de diagnose kent en je hebt een beslissing genomen om een bepaalde behandeling te ondergaan, dan wil je eigenlijk meteen geholpen worden. Zelfs als je weet dat dat niet kan. Maarten had daar alle begrip voor.

Hij was wel zo professioneel om te zeggen dat hij mij niet voor kon laten gaan, omdat andere patiënten ook geholpen moeten worden. Het was wel fijn dat ik het vervelende gevoel over dat wachten met hem kon delen.”

Snel handelen bij speed

Van Elst managet als verpleegkundig specialist ook de bijwerkingen van de behandeling, zelfs bij speed. De Wit: “Een week na mijn ontslag uit het ziekenhuis trad een complicatie op als gevolg van de behandeling, waarvan ik niet wist wat ik ermee moest. We belden Maarten en die zei: Stap nú in de auto en kom naar het ziekenhuis. Bij het ziekenhuis stond hij ons buiten al op te wachten. Op dat moment was er ook een acute zorgvraag. Van een specialist krijg je nooit het directe nummer en moet je altijd via een secretariaat contact opnemen. Dan was ik nooit zo snel geholpen.” Van Elst vult aan: “Als verpleegkundig specialist kan ik de situatie inschatten op mijn expertise en daar direct naar handelen, zonder tussenkomst van de uroloog. Door de directe bereikbaarheid hoeft een patiënt ook niet per definitie eerst op een SEH gezien te worden, zodat lange wachttijden daar omzeild worden.”

Positieve ervaring

De Wit heeft de werkwijze van het UMC Utrecht enkel als positief ervaren. “Je wordt natuurlijk door een heel team behandeld, maar korte lijnen met een persoon van vlees en bloed die jij kent en die jou kent, zijn heel prettig. Als patiënt kun je ook je onzekerheden en vragen kwijt. In mijn beleving was de relatie patiënt - verpleegkundig specialist dan ook ‘begeleiding op maat’.” | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Van Stam MA, et al. J Urol 2018;200:582-9.
2. Van Stam MA, et al. BJU Int 2018;121:405-14.

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 kennisinstituten oplossingen kunnen implementeren waarmee we de zorg voor patiënten verder verbeteren.

En soms gaat samenwerking zelfs verder dan dat. Doordat innovatieve biotechbedrijven als Pharmacyclics 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.



Op medisch, verpleegkundig en organisatorisch vlak in rap tempo de vereiste kennis vergaren

In het begin moest Lisanne Klekamp wel even wennen aan de wijze waarop ze tijdens haar opleiding tot verpleegkundig specialist werd begeleid door prof. dr. Marieke van den Beuken, hoogleraar Palliatieve Geneeskunde: haar eerste patiëntverslagen kreeg ze volledig rood gestreept terug. Het heeft geen afbreuk gedaan aan de samenwerking. “Meteen werd de hoge standaard duidelijk die van me werd verwacht. Ik ben die uitdaging aangegaan en pluk nu in de dagelijkse praktijk de vruchten van mijn intensieve opleidingsperiode.”

Marieke van den Beuken weet het nog goed: toen ruim drie jaar geleden in het Maastricht UMC+ de gesprekken werden gevoerd met de verpleegkundigen die in aanmerking wilden komen voor de opleiding tot verpleegkundig specialist Palliatieve Geneeskunde, stak Lisanne Klekamp er met kop en schouders bovenuit. De wijze waarop ze onbevangen en zonder schroom een presentatie hield over een voor haar toen nog vrijwel onbekend thema binnen de palliatieve geneeskunde, was heel overtuigend.

“Hoewel we nog invulling moesten geven aan de opleiding tot verpleegkundig specialist, want die was voor ons ook nog volledig nieuw, wist ik wel dat ik hoge eisen zou stellen aan de verpleegkundig specialist in opleiding. We zochten iemand die medisch en verpleegkundig goed onderlegd was, maar ook als een ambassadeur voor ons vakgebied zou kunnen optreden,” vertelt Van den Beuken. “Iemand die meehelpt deze relatief nieuwe discipline verdere verdieping en bekendheid te geven.”

Klekamp, die zich bij de start van de opleiding de jongste verpleegkundig specialist van het Maastricht UMC+ mocht noemen, moet erom grinnelen. “Vanaf dag één was me wel duidelijk dat het geen makkie zou zijn. Aangezien je wordt opgeleid om uiteindelijk ook medicatie voor te schrijven, moest ik rond palliatieve geneeskunde in rap tempo de diepgang bereiken die een basisarts heeft. Die dimensie was volledig nieuw voor mij; ik moest erg schakelen.” Maar dat deed je meteen heel goed, reageert Van den Beuken. “Je was vanaf het begin af aan heel gemotiveerd; in korte tijd heb je je heel wat medische kennis eigen gemaakt. Zonder overigens de verpleegkundige eigenschappen uit het oog te verliezen, die juist ook in de palliatieve zorg zo

belangrijk zijn: niet alleen het fysieke domein, maar ook het psychische, sociale en het zingevingsdomein. Ik stimuleerde Lisanne in het begin vooral vragen te blijven stellen. Ook al ben je doorgewinterd in een specialisme, je zult het nooit helemaal precies weten. Door vragen te stellen, blijf je jezelf ontwikkelen. Dat is een werkhouding die niet natuurlijk is voor een verpleegkundige; die heeft Lisanne zich echt eigen moeten maken.”

Initiatief tonen

Waar de hoogleraar Palliatieve Geneeskunde ook heel erg op hamerde, zo vertelt Klekamp, is het tonen van initiatief. “Lisanne, zei ze dan, laat zien waar jij denkt waar verbeteringen in ons zorg- en behandeltraject aangebracht kunnen worden. Kom met voorstellen. Geef ook aan op welke terreinen we onderzoeken moeten uitzetten. En durf fouten te maken.” Maar die fouten, zo vult Van den Beuken aan, die maakte ze dan weer bijna niet. “Juist omdat Lisanne eerder te snel bij me kwam, dan te laat. En dan kwam ze om te sparren; had ze een voorstel of een casus van een patiënt uitgewerkt en vertelde eerst over haar eigen bevindingen en inzichten en wilde dan weten hoe ik er

Klekamp: “Vanaf dag één was me duidelijk dat het geen makkie zou zijn”

Klekamp: “De opleiding is een enorm goede aanzet, maar je hebt als verpleegkundig specialist echt nog een behoorlijk aantal jaren klinische ervaring nodig om in alle facetten op volle sterkte mee te draaien”

tegenaan keek. Of ze nog iets had gemist. Ik heb niet gemerkt dat ze mijn leerpunten als kritiek opnam. Ze was altijd in staat om te accepteren dat ze midden in een leerproces zat. Lisanne wist ook precies bij wie ze kennis en inzichten moest halen; schroomde niet om bijvoorbeeld een cardioloog of longarts aan z'n jas te trekken.”

Rond de verpleegkundige aspecten werd Klekamp intensief begeleid door Henny Tomlow, verpleegkundig specialist MDL. “Zo heeft Henny me veel bijgebracht rond het afnemen van anamneses. Dat je niet van de hak op de tak moet gaan, maar dat je volgens een bepaalde structuur een logische lijst aan vragen afwerkt. Je leert het natuurlijk uiteindelijk door het vaak in de praktijk te doen, maar dat begin was heel leerzaam.” Ook hielpen Tomlow en andere leden van het palliatieve team Klekamp bij het opzetten van haar onderzoek en bij het formuleren van onderzoeksvragen en kreeg ze hulp van Tomlow bij het organiseren van een minisymposium; allemaal aspecten die onderdeel zijn van de opleiding. Om vinger aan de pols te houden, schoof de verpleegkundig specialist MDL regelmatig aan bij een spreekuur van Klekamp. Na afloop vertelde hij dan wat hij anders zou hebben gedaan en waarom. Beoordeeld worden op je handelen is uiteindelijk de beste leerschool, weet Klekamp inmiddels. “Nog steeds voel ik me op medisch gebied niet altijd voldoende onderlegd om bepaalde beslissingen te nemen. Dat is haast ook onmogelijk. Palliatieve zorg is zo'n groot specialisme, met zoveel uiteenlopende facetten; dat heb je in twee jaar echt niet onder de knie.”

Een van de belangrijkste aspecten van de opleiding tot verpleegkundig

▼ HENNY TOMLOW

▼ MARIEKE VAN DEN BEUKEN





FOTO LORRAINE BODEWES

^ LISANNE KLEKAMP

Van den Beuken: “De verantwoordelijkheden die je uiteindelijk krijgt, maken dat je op een overstijgend niveau moet zitten op zowel medisch als organisatorisch vlak”

specialist, zo vult Van den Beuken aan, is weten waar je grens ligt: “De opleiding is een enorm goede aanzet, maar je hebt als verpleegkundig specialist echt nog een behoorlijk aantal jaren klinische ervaring nodig om in alle facetten op volle sterkte mee te draaien.” De poli doet Klekamp inmiddels vrijwel zelfstandig. Moeilijke casus doen Van den Beuken en Klekamp samen. Dan delen ze elkaars inzichten, vergelijken ze hoe de ander zou handelen en leren ze daar beiden van. Het begeleiden van verpleegkundigen op de verpleegafdeling, daar draait Klekamp inmiddels haar hand niet meer voor om. “Verpleegkundigen weten vaak

niet welke patiënten palliatieve zorg behoeven en wat dat dan inhoudt. Dat er medicamenteuze, maar ook niet-medicamenteuze therapieën zijn. En dat er daarnaast andere, minstens zo belangrijke dimensies zijn die ertoe kunnen bijdragen dat de laatste levensfase zo goed mogelijk verloopt.”

Medisch niveau

“Wat ik de volgende keer anders zou doen?” Van den Beuken hoeft er niet lang over na te denken: “Ik zou misschien vooraf waarschuwen dat ik hoge eisen stel. Dat je niet in het traject zit om een superverpleegkundige te worden, maar dat de verantwoordelijkheden die je uiteindelijk krijgt, maken dat je op een overstijgend niveau moet zitten op zowel medisch als organisatorisch vlak. En dat je dus meteen in de hoogste versnelling moet om het allemaal bij te benen. Maar voordat de verpleegkundig specialist in opleiding zijn eerste patiëntverslag gaat maken, zou ik eerst even een uurtje uittrekken om bijvoorbeeld alle essentiële facetten rond pijn te bespreken. Waar moet je op letten? Hoe kun je het behandelen? Ik heb Lianne in het begin misschien iets te veel laten aanmodderen. Maar gelukkig heeft ze zich er niet door laten afschrikken. En door haar weten we ook hoe hoog we de lat kunnen leggen.” | Drs. Caroline Wellink, wetenschapsredacteur

Erik van Muilekom
MANP

Verpleegkundig specialist -
Antoni van Leeuwenhoek

Sylvia Verhage
MANP

Verpleegkundig specialist -
Jeroen Bosch Ziekenhuis

Borst- en prostaatkankerpatiënten in hun kracht zetten, dat is ons doel

Botgezondheid bij kanker en de rol van de verpleegkundig specialist

Verpleegkundig specialisten Erik van Muilekom (Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam) en Sylvia Verhage (Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch) met elkaar in gesprek over de aandacht voor botgezondheid, van het moment van diagnose tot behandeling in de curatieve en gemetastaseerde setting.

ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST BIJ BOTGEZONDHEID VAN BORST- EN PROSTAATKANKERPATIËNT

Botproblematiek bij kanker omvat zowel botverlies ten gevolge van hormonale behandeling als botcomplicaties die ontstaan door de botmetastasen. Hormonale behandelingen worden zowel bij borst- als bij prostaatkanker ingezet en kunnen leiden tot een verminderde botmineraaldichtheid, hierdoor is er een verhoogde kans op fracturen. Iedere behandeling wordt dan ook gestart met het identificeren van de risico's op de botgezondheid. Van Muilekom: "Als verpleegkundig specialist urologie houd ik mij bezig met de patiënt gedurende het gehele behandeltraject en de nazorg. Vanaf het moment dat de hormonale therapie wordt gestart, kan deze bijwerkingen geven en onder meer botproblemen veroorzaken. Met een botdichtheidsmeting (DEXA-scan) wordt de botmineraaldichtheid bekeken. Dit kan dienen als een nulmeting voor de start van de hormonale therapie.

Op basis van de bevindingen en de duur van de hormonale therapie kan het zinvol zijn aanvullende adviezen te geven. Vervolgens informeren we de patiënt goed over de diagnose en de vervolgstappen. Het blijft belangrijk om tijdens het hele ziekteverloop de vinger aan de pols te houden. Bij gemetastaseerde kanker is botgezondheid een blijvend punt van aandacht."

WANNEER INFORMEER JE DE PATIËNT OVER DE RISICO'S VAN DE THERAPIE VOOR DE BOTTEN?

"De aanpak die jij omschrijft lijkt heel erg op de stappen die wij volgen bij borstkankerpatiënten", aldus Verhage. "Zowel voor een adjuvante als palliatieve behandeling met endocriene therapie bij mammacarcinoom. Een indicatie voor een aromataseremmer betekent dat we hierover uitleg gaan geven aan de patiënt. Deze middelen staan bekend om bijwerkingen zoals gewrichtspijn en osteoporose. Dus als een patiënt gaat starten met een behandeling is het van belang te weten hoe het op dat moment met zijn botgezondheid gesteld is. Dan begin ik met een uitleg over de mogelijke gevolgen van de behandeling en wat dat betekent in het dagelijks leven van de patiënt en de naasten."

Man-vrouw verschillen bij het signaleren van botcomplicaties "In de ge-

metastaseerde setting heeft de groep borstkankerpatiënten meer risico op botbreuken en prostaatkankerpatiënten hebben vaker pijnklachten. Het zijn verschillende typen metastasen, met andere, specifieke klachten. Binnen de urologie is er heel lang niet veel aandacht geweest voor botgezondheid. Hoe belangrijk is dit thema eigenlijk? Het gaat in Nederland wel om een groep van circa 2.500 mannen per jaar, die te maken krijgt met botmetastasen en de gevolgen daarvan. Mannen gaan daarnaast soms anders om met hun ziekte dan vrouwen. Mijn ervaring is dat mannen het vaak prettig vinden concrete instructies mee te krijgen. Vrouwen willen vaak alle opties weten en zelf keuzes maken."

Verhage: "Ja, dat herken ik wel. Vrouwen reageren anders. Zeker bij vrouwen met borstkanker is leven met hun ziekte een belangrijk item. Ze praten daar onderling veel over. Vanzelfsprekend ligt de focus primair op de behandeling van de borstkanker, maar zeker zo belangrijk is: hoe ga je ermee om? Hoe zorg je dat je zo lang mogelijk gezond en fit blijft? Daar dragen wij, als verpleegkundig specialisten, een steentje aan bij. Wat is er op welk moment nodig, waar liggen de risico's? Wij werken op dit moment nog niet met meetinstrumenten om een complete risico-inschatting te kunnen maken over de botgezondheid. Wel met een DEXA-scan, maar we maken nog geen valrisico-inschattingen of een FRAX-score, dat is landelijk nog een discussie. We houden ons daarnaast intensief bezig met leefstijladviezen, zoals meer bewegen en informeren de patiënten over effecten van roken en alcohol, maar ook de invloed van koffie en voeding. Ik bemerk dat er onvoldoende kennis is over voeding, daar kom ik steeds vaker achter." Van Muilekom: "En

"Uitgaan van de draagkracht van de patiënt in plaats van de last"



“Bij gemetastaseerde kanker is botgezondheid een blijvend punt van aandacht”

ook niet over de positieve effecten van meer bewegen, en welke vorm van bewegen wel of niet bijdraagt aan het bevorderen van de botgezondheid. Bijvoorbeeld als de patiënt zegt dat hij toch heel actief is en nog regelmatig fietst en zwemt. Helaas doen die activiteiten niets voor de botten, daarvoor moet je aan gewricht dragende activiteiten doen, zoals wandelen. Ook over voeding krijg ik regelmatig vragen. Het basisadvies is voor iedere patiënt naast bewegen: voldoende calcium en vitamine D, lekker in de zon mag ook maar natuurlijk wel verantwoord!”

FOLLOW UP IN DE GEMETASTASEERDE FASE

De verpleegkundig specialist blijft de patiënten volgen. Als er uitzaaiingen in de botten zitten, dan worden deze patiënten preventief behandeld met botversterkende medicatie. De bedoeling is om botbreuken of andere botcomplicaties te voorkomen.

Dit kan met bisfosfonaten of denosumab. Van Muilekom: “Prostaatkanker ontwikkelt zich heel traag, het gaat steeds een klein stukje achteruit, en in elke fase kunnen we de patiënten ondersteunen met tips, adviezen en medicatie die passen bij de situatie op dat moment.” “Iemand in de gemetastaseerde setting krijgt vaak te maken met comorbiditeit en de interactie tussen de verschillende andere medicijnen die zij krijgt voorgeschreven. Bijvoorbeeld iemand die naast gemetastaseerde borstkanker ook nog te maken heeft met hartfalen en diabetes. Maatwerk blijft belangrijk”, stelt Verhage.

SHARED DECISION MAKING

De laatste tijd is er veel aandacht voor shared decision making. Het gaat erom dat de patiënt de juiste informatie en tools aangereikt krijgt om zelf beslissingen te kunnen nemen. Verhage: “In het Jeroen Bosch Ziekenhuis is er sinds kort een nieuwe benadering: Mijn Positieve Gezondheid, een gesprekinstrument van arts en onderzoeker Machteld Huber. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het ‘spinnenweb’ model. Daarnaast wordt de lastmeter als screeningsinstrument gebruikt in de followup, maar daarbij ga je uit van de lasten en dat is vaak een negatieve opening van het gesprek. Dan kun je het beter omdraaien: uitgaan van de draagkracht in plaats van de last. De patiënt in zijn kracht zetten, dat is toch het doel. Als je dan vervolgens hoort dat die patiënt ook daadwerkelijk zelf zaken in de gaten houdt en de regie neemt, is dat erg fijn om te horen.”



SAMENWERKING MET MEDISCH SPECIALIST

Zowel in het Jeroen Bosch Ziekenhuis als Antoni van Leeuwenhoek werken de verpleegkundig specialisten en de medisch specialisten nauw met elkaar samen en bepalen het beleid. Verhage: “We zijn nog steeds een jonge beroepsgroep. In onze ziekenhuizen hebben we het over de jaren heen goed kunnen regelen. We worden serieus genomen.” Van Muilekom: “We kunnen niet zeggen dat dit overal in Nederland het geval is. We horen soms van collega’s dat het lastig is de verpleegkundig-specialistenrol een goede plek te geven binnen het behandelteam. Het is prettig samenwerken in een hecht multidisciplinair team. Vanwege de hands-on benadering denk ik dat wij van grote toegevoegde waarde zijn in het totale behandeltraject. Het blijft wel belangrijk om onze kennis regelmatig bij te houden en om samen met vakgenoten ervaringen te blijven delen en te leren van elkaar.”

OPZETTEN VAN PLAN RONDOM BOTGEZONDHEID

Bent u geïnteresseerd in het opzetten van een plan rondom botgezondheid voor uw patiënten of wilt u uw bestaande zorgpad rondom botgezondheid een keer onder de loep nemen en hier professionele aanbevelingen op krijgen? Neem dan contact op met Miriam Meulenberg (06-30293382) of Ben Bos (06-51213295) accountmanagers bij Amgen B.V.



DE EERSTE IMMUNOTHERAPIE BIJ STADIUM III NSCLC

SIGNIFICANTE VERBETERING VAN PFS EN OS VS. PLACEBO¹



Durvalumab als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van lokaal gevorderde, irresectabele niet-kleincellige longkanker (NSCLC) in volwassenen bij wie de tumoren PD-L1 tot expressie brengen op $\geq 1\%$ van de tumorcellen en bij wie de ziekte geen progressie heeft vertoond na platinumbevattende chemotherapie met radiotherapie.¹



VERGOEDING IN BEHANDELING (sluisprocedure)

“Het is zaak
dat verpleegkundig
specialisten goed hun ogen
open houden voor nieuwe
ontwikkelingen
in de zorg”

KOOS VAN DER HOEVEN ➤

"In de rol van de verpleegkundig specialist zit beslist nog groei"

De verpleegkundig specialist is niet meer weg te denken, stelt emeritus-hoogleraar Medische Oncologie Koos van der Hoeven (Radboudumc, Nijmegen). Het feit dat die een vaste plek heeft verworven in het zorglandschap is niet alleen in het voordeel van de patiënt, maar ook van de medisch specialist. Door geprotocolleerde taken onder supervisie zelfstandig te laten uitvoeren door de verpleegkundig specialist, krijgt de medisch specialist meer ruimte voor de complexere aspecten van zijn werk.

Toen Koos van der Hoeven in 1988 in Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen zijn loopbaan als internist-oncoloog begon, prikte hij nog zelf alle infusen voor de chemokuren die zijn patiënten moesten ondergaan. "Al tijdens mijn werk daar - tot 2007 - werd dat werk na verloop van tijd overgenomen door verpleegkundigen", vertelt hij. "Na verloop van tijd kwamen er ook casemanagers. En toen ik de overstap maakte naar Medisch Centrum Alkmaar werkten daar al verpleegkundig specialisten. Ik denk dat het ziekenhuis daarin aardig voorop liep. In mijn werk ben ik er altijd vanuit gegaan dat we het als team doen, dus ik vond deze ontwikkeling alleen maar positief. Als je ervan uitgaat dat de patiënt centraal staat, zou het ook raar zijn als ik er anders over

dacht. Je kunt wel denken: die persoon met die nieuwe functie gaat delen van mijn werk afpakken, maar zo zit ik niet in elkaar. De verpleegkundig specialist kan door de zelfstandige bevoegdheid tijd creëren voor de medisch specialist om zich toe te leggen op de complexere onderdelen van diens werk. Hij/zij doet na goede voorbereiding zelfstandig spreekuur, en koppelt altijd terug naar de medisch specialist als zich tijdens het consult een bijzonderheid voordoet. Een voor beide partijen waardevolle werkwijze, die bovendien de zorg voor de patiënt kan verbeteren. Patiënten zijn ook zeer te spreken over de verpleegkundig specialist."

Gaandeweg steeds meer

In de oncologie kreeg de verpleegkundig specialist als eerste een rol voor patiënten met mammacarcinoom. "Dat zag ik naast Alkmaar ook snel in andere ziekenhuizen ontstaan", vertelt Van der Hoeven. "Bij vermoeden op borstkanker werden patiënten naar de afdeling Radiologie verwezen voor verdere diagnostiek en bleek de diagnose te kloppen, dan was er een rol voor de verpleegkundig specialist voor het vervolgesprek met de patiënt, de anamnese en de voorbereiding van onderzoek. Na de primaire behandeling had deze dan ook weer een belangrijke rol in het natraject."

Dezelfde ontwikkeling zag hij in Alkmaar ook al ontstaan voor colonkanker. "Gaandeweg gingen verpleegkundig specialisten daar ook coloscopieën doen die niet complex waren", zegt hij. "Na hiervoor te zijn opgeleid en onder supervisie van de medisch specialist uiteraard. Bij het mammacarcinoom volgde ook systemische behandeling, zoals

"Alle oncologische patiënten moeten toegang hebben tot een casemanager", zegt Van der Hoeven, "iemand die van het begin tot het eind van het behandeltraject als vast aanspreekpunt voor de patiënt fungeert"

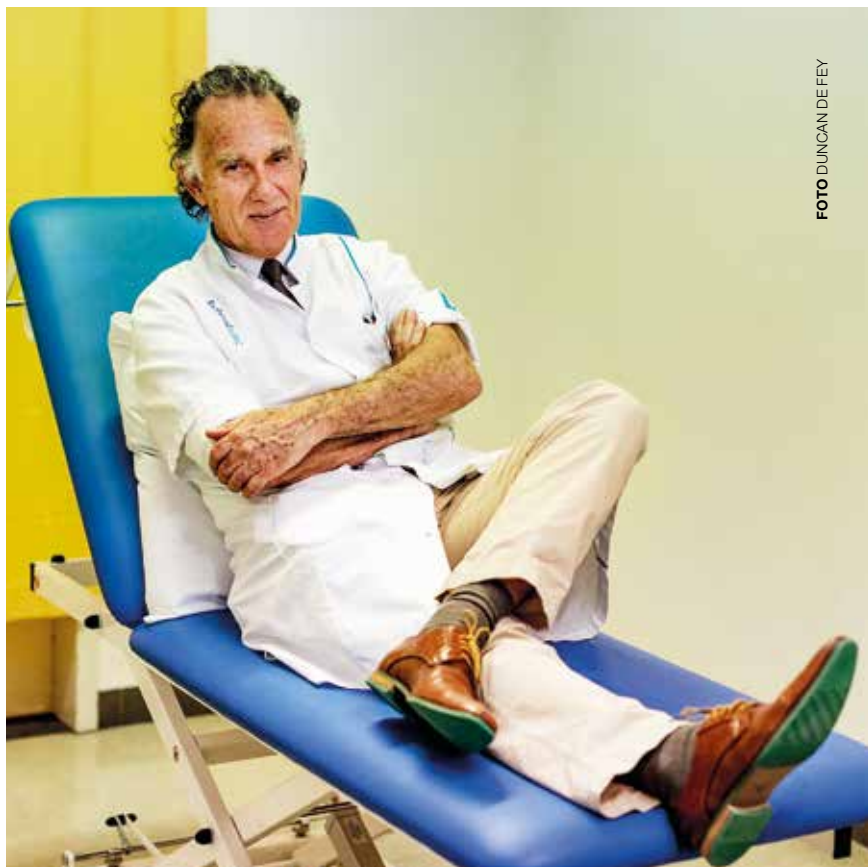


FOTO DUNCAN DE FEY

“Een medisch specialist die zich openstelt voor taakherschikking naar de verpleegkundig specialist moet bereid zijn daarin te investeren”

adjuvante therapie. Een typisch voorbeeld van geprotocolleerde zorg die onder supervisie van een medisch specialist heel goed zelfstandig door een verpleegkundig specialist kan worden geboden. Zo heeft het vakgebied zich steeds verder uitgebreid. Toen ik na Alkmaar naar het Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, ging en vervolgens naar het Radboudumc in Nijmegen, zag ik dat verpleegkundig specialisten ook rollen hadden gekregen in hoofd-halschirurgie en neuro-oncologie. Ook in immunotherapie zien we de verpleegkundig specialist nu al een rol nemen.”

Daarnaast kan de verpleegkundig specialist optreden als casemanager. “Alle oncologische patiënten moeten toegang hebben tot een casemanager”, zegt Van der Hoeven, “iemand die van het begin tot het eind van het behandeltraject als vast aanspreekpunt voor de patiënt fungeert, vooral als dingen onduidelijk zijn. Dit hóeft geen verpleegkundig specialist te zijn, maar dat is zeker wel iemand die geschikt is voor deze rol.”

Naar de toekomst kijken

Een medisch specialist die zich openstelt voor taakherschikking naar de verpleegkundig specialist moet bereid zijn daarin te investeren. “In eerste aanvang kost dit natuurlijk tijd”, zegt Van der Hoeven. “Niet alleen om te bepalen welke taken de verpleegkundig specialist precies kan overnemen, maar ook om deze functionaris op dit werk voor te bereiden en er vervolgens supervisie te bieden. Je moet de organisatie binnen de maatschap er ook op aanpassen, daar moet je wel toe bereid zijn. Maar mijn opvatting is dat je naar de toekomst moet kijken.

In de academische en topklinische ziekenhuizen heeft de medisch specialist zoveel taken dat hij niet altijd optimaal bereikbaar is voor patiënten. De bereikbaarheid van de verpleegkundig specialist is veel groter.”

Eigenlijk is de verpleegkundig specialist inmiddels niet meer weg te denken, vindt Van der Hoeven. “Wel moeten we ervoor waken dat deze voldoende ruimte laat voor de arts-assistent om werkervaring op te doen in de dagelijkse praktijk”, voegt hij hieraan toe. “De aanwezigheid van veel verpleegkundig specialisten kan hierin een hindernis vormen, dus het is zaak de balans te bewaken. Aan de andere kant is het natuurlijk wel zo dat het aantal arts-assistenten daalt en dat daarvoor een oplossing moet worden gevonden. Taakherschikking kan een deel van de oplossing zijn en daarin kan de ziekenhuisarts een rol spelen, maar zeker ook de verpleegkundig specialist. De ziekenhuisarts heeft in de medisch-technische aspecten van het vak een bredere context dan de verpleegkundig specialist, maar deze kan juist in de geprotocolleerde zorg een rol pakken.”

Groeimodel

In die rol zit groei, schat Van der Hoeven in. “Het is zaak dat verpleegkundig specialisten goed hun ogen open houden voor nieuwe ontwikkelingen in de zorg”, zegt hij. “Als er nieuwe behandelmogelijkheden komen, kijk dan of je daarin een rol kunt spelen. Immuno-oncologie is zo’n onderwerp. Patiënten worden hierin gedurende geruime tijd behandeld, op basis van een duidelijk stramien. Daarin kan de verpleegkundig specialist dus beslist een rol spelen.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)



Zelfstandig behandelaar en bruggenbouwer

De visie van zorgmanager en bestuur op verpleegkundig specialisten

Verpleegkundig specialisten functioneren in zowel het medische als het verpleegkundige domein. Dat is de kracht en meerwaarde van deze zorgprofessionals. Maar waar komen zij het best tot hun recht? Zorgmanager Ingrid Wolbert van het Ziekenhuis Rivierland in Tiel en Gita Gallé, voorzitter van de raad van bestuur van het Deventer Ziekenhuis en voorzitter van het College Specialismen Verpleegkunde, geven de visie van hun ziekenhuis.

Ingrid Wolbert: "In Ziekenhuis Rivierland is de rol van de verpleegkundig specialist in een beleidsnotitie beschreven, waarbij rekening is gehouden met de huidige veranderingen in de zorg. Hoog-complexe en laag-volume zorg gaat in veel gevallen naar specialistische centra of academische ziekenhuizen, waar een verpleegkundig specialist een bepaalde patiëntengroep kan begeleiden, zoals patiënten met prostaatkanker. Regionale ziekenhuizen, zoals dat van ons, hebben vaak onvoldoende patiënten van een bepaalde categorie, waardoor een verpleegkundig specialist breder ingezet wordt binnen het specialisme. Een verpleegkundig specialist met bijvoorbeeld prostaatkanker als specialisatie behandelt en verzorgt daarom naast patiënten met deze ziekte ook patiënten met andere urologische aandoeningen. Bovendien behoeven oncologische patiënten vaak ook zorg vanuit andere specialismen door bijvoorbeeld comorbiditeit. Dat vraagt om een brede kennis en inzetbaarheid van een verpleegkundig specialist. Het feit dat deze zorgprofessionals in zowel het medische als het verpleegkundige domein werkzaam zijn, maakt hen met name waardevol voor ondersteuning van medisch specialisten en als zelfstandig werkende zorgverleners binnen de poliklinische setting."

Zelfstandigheid en procesgerichte zorg

Ook in het Deventer Ziekenhuis ziet men de verpleegkundig specialist vooral graag op de polikliniek. Gita Gallé: "De zelfstandigheid van deze zorgprofessionals maakt hen bij uitstek geschikt daarvoor. In de

kliniek is de medische eindverantwoordelijkheid belegd bij de artsen. Bij poliklinische zorgprocessen kunnen verpleegkundig specialisten voor een specifiek deel een eigen verantwoordelijkheid krijgen. Natuurlijk zien de patiënten op de oncologiepoli ook een arts, maar de verpleegkundig specialist doet een heel groot deel onder eigen verantwoordelijkheid, zoals begeleiding van de patiënt, spreekuren houden, controles doen en medicatie voorschrijven."

In het Deventer Ziekenhuis kijkt men voor de inzet van een verpleegkundig specialist nog naar een ander aspect. "In eerste instantie werden deze professionals taakgericht ingezet, bijvoorbeeld vanuit een specifieke polikliniek of interventie of handeling", vertelt Gallé. "Dat sluit echter niet aan bij de missie van het Deventer Ziekenhuis: focus op het zorgproces, waarin de patiënt centraal staat. Om daarbij aan te sluiten dienen deze functionarissen procesgericht te worden ingezet. Binnen het oncologisch centrum Deventer functioneren ze daarom bijvoorbeeld als casemanager voor het hele zorgproces van een patiënt. Dat vereist flexibiliteit, maar dat is wel onze visie."

Meer verpleegkundig specialisten? Ja graag

In het Ziekenhuis Rivierland ziet men een groeiende inzet van de verpleegkundig specialist en mogelijkheden voor verdere ontwikkeling en inzet, vooral op de poliklinieken. "Het bestuur en de medische staf ondersteunen de ontwikkeling en inzet van de verpleegkundig specialist binnen het Ziekenhuis Rivierland", zegt Wolbert. "We zijn en blijven

actief met opleiden van deze functionarissen en hebben een dringend beroep gedaan op afdelingen om er - waar mogelijk en van toepassing - meer op te leiden."

Gallé: "Ook in het Deventer Ziekenhuis zien we als zorgmanagers, medische staf en raad van bestuur graag meer van deze zorgverleners aan het werk. We bieden ook een breed scholingsprogramma aan, zodat mensen opgeleid kunnen worden zodra er belangstelling is en een passende vacature."

Juiste zorgprofessional op juiste plaats

Vanwaar de belangstelling voor deze beroepsgroep? Gallé: "Bepaalde onderdelen van de zorgverlening doen zij net zo goed of zelfs beter en doelmatiger dan een medisch specialist of arts-assistent. Met name taken die op het snijvlak van het medische en het verpleegkundige domein - *cure and care* - liggen. Bedrijfseconomisch is het ook gunstiger; een medisch specialist is immers relatief duur."

Tegelijkertijd let men er in het Deventer Ziekenhuis op dat een verpleegkundig specialist een volwaardige functie krijgt. "Als een afdeling een vacature voor een verpleegkundig specialist wil openstellen, dan beoordeelt een commissie of de gevraagde taken daar zowel inhoudelijk als bedrijfseconomisch bij passen", zegt Gallé. "Het is niet de bedoeling dat deze zorgprofessional als een gespecialiseerd verpleegkundige aan de slag gaat. Een verpleegkundig specialist is in beginsel

Gallé: "Een verpleegkundig specialist is in beginsel een zelfstandig behandelaar en moet daar dan ook voor worden ingezet"

een zelfstandig behandelaar en moet daar dan ook voor worden ingezet. Tevens maken we onderscheid tussen een verpleegkundig specialist en een *physician assistant*, waarbij de verpleegkundig specialist expliciet op het snijvlak van *cure and care* werkzaam is en de *physician assistant* vooral binnen het medische domein."

Leren van elkaar

Net als in Deventer wordt in Tiel de invulling van een vacature kritisch gevolgd. "Daarnaast kijken we naar de ervaring in andere ziekenhuizen om daar wat van te leren", vertelt Wolbert. "Met name als het een specialisme betreft waar men nog niet eerder met een verpleegkundig specialist gewerkt heeft. Dan kijken we of er in een ander zieken-

V GITA GALLÉ





▲ INGRID WOLBERT

huis wel ervaring is met een verpleegkundig specialist bij dat betreffen de specialisme en wat de taken en verantwoordelijkheden daar zijn. Dat passen we aan voor onze eigen afdeling en leggen we vast. Als een plek vrijkomt waar al een verpleegkundig specialist heeft gezeten, dan zijn het takenpakket en de verantwoordelijkheden meestal al duidelijk vastgelegd.”

Een brug naar de eerste lijn

Volgens Wolbert brengt de toekomst nog meer mogelijkheden voor verpleegkundig specialisten. “Ik verwacht dat de verpleegkundig specialist niet alleen zorg zal blijven geven in het ziekenhuis, maar in de nabije toekomst nog meer de verbinding gaat leggen tussen de eerste- en de tweedelijnszorg. Dan is het een zorgverlener die de patiënt volgt en ondersteunt. De patiënt komt van de eerste naar de tweedelijns, maar gaat ook weer terug en heeft vaak nog palliatieve zorg en thuiszorg nodig. Daar kan de verpleegkundig specialist een belangrijke rol bij spelen, zowel in de oncologie als in andere vakgebieden. Met de toenemende vergrijzing en complexiteit in de zorg, kan het niet anders

dan dat we deze beroepsgroep daar steeds meer en zelfstandiger voor gaan inzetten. Dat kunnen verpleegkundig specialisten prima. Vanuit hun functie hebben zij al ervaring opgedaan als bruggenbouwers door zorgverleners binnen een ziekenhuis met elkaar te verbinden, maar ook door verbinding te leggen met externe zorgverleners. Bovendien hebben zij ervaring in het verbinden van *cure and care*.” | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

Wolbert: “Ik verwacht dat de verpleegkundig specialist in de nabije toekomst nog meer de verbinding gaat leggen tussen de eerste- en de tweedelijnszorg”



Verpleegkundig specialist houdt als spin in het web alle touwtjes bij elkaar

Ruim vijftientig jaar geleden begonnen ze ongeveer gelijktijdig als verpleegkundige in een van de ziekenhuizen van waaruit het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch is ontstaan. Stefan van Asten is sindsdien werkzaam als verpleegkundige, eerst op de verpleegafdeling Oncologie en daarna op de dagbehandeling van het Multidisciplinair Oncologisch Centrum. Desi van den Boogaard leerde door tot verpleegkundig specialist met aandachtsgebied gastro-intestinale oncologie. Blij dat ze nog steeds elkaars directe collega zijn, staan ze samen letterlijk en figuurlijk rondom de patiënt. “Wij kennen geen hiërarchie, wel waardering voor elkaars expertise.”

Waar Desi van den Boogaard na haar opleiding tot verpleegkundige verder de diepte in wilde en in 2010 haar Master Advanced Nursing Practice (MANP) haalde, wist Stefan van Asten al heel snel dat zijn passie aan het bed van de patiënt ligt. Hierin werd hij bevestigd tijdens het vervangen van de verpleegkundig specialist Hematologie: “Die functie was voor mij te solistisch. Ik ben liever onderdeel van een team dat de patiënten verzorgt. In mijn werk op het Oncologisch Centrum is het belangrijk om de juiste balans te vinden tussen ernst en luchtigheid; daarin ben ik inmiddels volleerd.”

Van Asten ziet de oncologiepatiënten die voor een dagbehandeling terugkomen naar het ziekenhuis, zoals voor chemo- of immunotherapie, of een beenmergpunctie. Patiënten met gastro-intestinale tumoren hebben dan al langer met Van den Boogaard te maken gehad: als uit een scoping een verdenking op een maligniteit blijkt, is zij vanaf dat moment de regievoerend behandelaar. Gedurende het hele intramurale zorgtraject is zij het vaste aanspreekpunt van deze patiënt. Van den Boogaard: “De lijnen zijn kort en we schakelen snel. Zetten meteen diagnostiek uit, zodat de patiënt binnen een week weet of er sprake is van een lokale tumor, of dat er uitzaaiingen zijn. Afhankelijk van de uitslag wordt het beleid bepaald en zorgen we dat de patiënt in het juiste zorgtraject komt. De arts bespreekt de behandelopties, waarna ik met de patiënt en zijn naasten de opties verder toelicht. Zodat de patiënt een weloverwogen beslissing kan nemen. Naast voorlichten

bespreken we ook wat de patiënt en zijn naasten belangrijk vinden, in hoeverre ze bijvoorbeeld zelf de regie willen voeren in het behandeltraject. En wat hun wensen zijn wat betreft mijn ondersteuning.”

Schakel tussen *care* en *cure*

Als verpleegkundig specialist, zo vertelt Van den Boogaard, ben je de schakel tussen *care* en *cure*. De medisch specialist richt zich op de behandeling van de tumor, houdt veel meer de grote lijnen in de gaten. “Ik voel me de spin in het web die alle touwtjes bij elkaar houdt. Zo bespreek ik tijdens mijn spreekuur, naast de ziekte en het behandeltraject, ook psychosociale aspecten. Ervaart de patiënt kwaliteit van leven bij de behandeling die hij ondergaat? Hoe zit het met de partner en de kinderen? Maar ook onderwerpen als voeding, bewegen, angst en seksualiteit. Alleen al vanwege zijn beperkte tijd kan de medisch specialist hier tijdens een spreekuur geen aandacht aan besteden. Maar inmiddels weten we dat deze aspecten belangrijk zijn voor een patiënt en dat we daar in het zorgtraject iets mee moeten.”

Als Van Asten tijdens het verplegen ergens tegenaan loopt, als er bijvoorbeeld bijwerkingen optreden, en hij krijgt het niet zelf opgelost, dan roept hij Van den Boogaard erbij, vult de verpleegkundige aan: “Zij beoordeelt dan ter plekke of we het zelf kunnen verhelpen, of dat er een arts bijgehaald moet worden. De verpleegkundig specialist inschakelen is voor ons laagdrempelig. Omdat ze goed op de hoogte is van de hele ziektegeschiedenis, weet ze meestal ook meteen snel te handelen.”

Van den Boogaard: “Dit soort innovaties heeft alleen maar kans van slagen als je iedereen die hierin een rol gaat spelen, erbij betrekt”

Innovaties

Een deel van haar tijd besteedt Van den Boogaard aan het aanbrengen van verbeteringen in het zorgtraject. Zo wordt momenteel in het Jeroen Bosch Ziekenhuis onderzocht of oncologiepatiënten met acute klachten efficiënter behandeld kunnen worden op de dagbehandeling van het Oncologisch Centrum, in plaats van op de Spoedeisende hulp. Van Asten: “Als een patiënt wordt ingestuurd met koorts of trombose, kunnen we op de afdeling meteen synchroon allerlei onderzoeken uitzetten, zoals laboratoriumdiagnostiek of een röntgenfoto van de thorax. Dat scheelt veel tijd en voor de patiënt, die al heel wat te verwerken heeft, is dit een stuk prettiger.”

Voordat deze nieuwe werkwijze uitgetest kon worden, had Van den Boogaard achter de schermen al heel wat voorwerk verricht. Zo had ze eerst in kaart gebracht welke aanpassingen wenselijk zijn en hoe deze zo efficiënt mogelijk gerealiseerd konden worden. “Bij dit proces heb ik alle betrokken professionals geraadpleegd. Ieder bracht zijn eigen expertise in,” vertelt Van den Boogaard: “Zo vertelde Stefan welke interventies vanuit de dagbehandeling haalbaar zijn, welke voorzieningen getroffen moeten worden en hebben we samen het protocol opgesteld. Dit soort innovaties heeft alleen maar kans van slagen als je iedereen die hierin een rol gaat spelen, erbij betrekt. Dan staan alle neuzen dezelfde kant op en kom je later niet voor allerlei verrassingen te staan.”

In beweging

Door de verdergaande specialisatie en alle nieuwe behandelmogelijkheden is de oncologische zorg blijvend in beweging. Zowel Van den Boogaard als Van Asten haalt daar inspiratie en plezier uit. Tijdens nascholingsbijeenkomsten worden ze regelmatig bijgepraat over de laatste ontwikkelingen binnen hun vakgebied. Hierdoor worden ook steeds vaker verantwoordelijkheden verschoven. “Vanuit ieders expertise wordt gekeken wie wat het beste kan doen”, legt Van Asten uit. “Zo hebben de artsen de psychosociale problematiek op het bordje van de verpleegkundig specialisten gelegd en is het maken van de kuur-schema’s weer doorgeschoven naar ons. We dienden toch al de chemotherapie toe, dus konden dan ook maar beter de schema’s maken. Het enige wat Desi nu nog doet, is controleren of het klopt. Die samenwerking, zonder dat je het gevoel hebt dat er sprake is van hiërarchie, is misschien wel de reden dat we allemaal graag een stapje harder lopen.” | Drs. Caroline Wellink, wetenschapsredacteur

> DESI VAN DEN BOOGAARD
> STEFAN VAN ASTEN



FOTO LORAINÉ BODEWES

Nieuwe registratie

Positief advies commissie BOM¹
Vergoed via add-on



NU BREDER EN GEMAKKELIJKER TOEPASBAAR



Lynparza is nu geïndiceerd als onderhoudsbehandeling na chemotherapie bij patiënten met platinasensitief recidiverend ovariumcarcinoom, ongeacht de BRCA-status²



Lynparza kan vanaf nu gedoseerd worden met 2 tabletten 2dd (600 mg per dag), inname met of zonder voedsel²

Lynparza tabletten (100 mg en 150 mg) dienen niet op milligram-op-milligram basis gesubstitueerd te worden door Lynparza capsules (50 mg) omwille van de verschillen in de dosering en biologische beschikbaarheid van elke formulering.

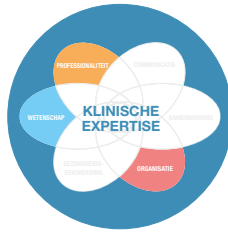
▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden.

Verkorte productinformatie elders in deze uitgave. NL-2983 – 01/07/2020.

Referentie: 1. Medische Oncologie 2018;5: 39-43. 2. SPC Lynparza.

Lynparza[®]
olaparib
tabletten 150 mg





Promotieonderzoek verpleegkundig specialist leidt tot aanpassingen in zorg- en behandeltraject

De data die Angelique Brands had verzameld voor haar afstudeeropdracht voor de masteropleiding tot verpleegkundig specialist waren dusdanig interessant, dat haar begeleider opperde er in een promotietraject mee verder te gaan. Zo geschiedde. Sindsdien is het leven van de verpleegkundig specialist, werkzaam in het Máxima Medisch Centrum in Eindhoven, een rollercoaster vol uitdagingen.

“In mijn onderzoek verbind ik de klinische praktijk met wetenschappelijke inzichten; hieruit komt kennis voort waarmee we het zorg- en behandeltraject nog verder verfijnen.”

Bij een borstsparende behandeling voor borstkanker of een voorstadium hiervan, is het steeds gangbaarder dat oncoplastische chirurgie wordt toegepast. De chirurg opereert dan samen met de plastisch chirurg om tot een nog beter cosmetisch resultaat te komen. Toen deze werkwijze een jaar of acht geleden nog in de kinderschoenen stond, vroeg een aantal behandelend chirurgen van het Borstcentrum van het Máxima Medisch Centrum (MMC) zich af: ‘Is de betrokkenheid van de plastisch chirurg van toegevoegde waarde?’ En: ‘Wat zijn eigenlijk onze cosmetische resultaten na een borstsparende behandeling?’ Angelique Brands, die op dat moment op zoek was naar een onderwerp voor haar afstudeeropdracht, zag hierin meteen een boeiende onderzoeksvraag. Er was namelijk nog geen nulmeting; essentieel om te kunnen achterhalen of de samenwerking tussen de medische specialismen inderdaad tot een beter resultaat leidt. Al snel kon ze de vraag beantwoorden: slecht deden de chirurgen het zeker niet. Twee derde van de patiënten die in het

MMC borstsparend waren behandeld, was tevreden over het uiterlijk van de behandelde borst. Daarnaast concludeerde Brands dat uitbreiding van het team met een plastisch chirurg zorgt dat er nóg meer aandacht is voor hoe de operatie cosmetisch het beste kan worden uitgevoerd.

Uiterlijke gevolgen

Tijdens haar onderzoek werd het Brands steeds duidelijker dat de patiënt niet eens zozeer bezig is met het resultaat van de behandeling, maar dat er vooral behoefte is aan informatie over de uiterlijke gevolgen. Zodat de patiënt weet wat zij kan verwachten. Deze informatie was er niet en daarom ging Brands zelf aan de slag. Het resulteerde in een fotoboek waaraan 116 voormalige patiënten van het Borstcentrum van het MMC aan meewerkten. Op de foto's van alleen de borst- en buikpartij zie je de uiteenlopende gevolgen van een borstsparende behandeling: sommige borsten lijken onaangetast, op andere zie je ingrijpende gevolgen. In haar afstudeeropdracht concludeerde Brands dat voorlichting en begeleiding rond de cosmetische resultaten een eenduidige en structurele plek verdient in het zorgpad Mammacarcinoom.

“Maar ik had nog veel meer interessante onderzoeksvragen en voldoende data rondom dit thema verzameld,” vertelt Brands. “Mijn vingers jeukten om daar iets mee te doen. Mijn begeleider, dr. Rudi Roumen (chirurg in het MMC), opperde dat er met gemak zes wetenschappelijke artikelen over geschreven konden worden, voldoende voor een proefschrift. Hoewel mijn interesse altijd al ergens tussen wetenschap en de klinische praktijk lag, was ik enigszins verbaasd dat hij erop vertrouwde dat ik hiertoe in staat was. Ik hoefde er niet lang over te denken en stapte vrij onbevangen het promotietraject in. Niet wetende

“In mijn onderzoek verbind ik de klinische praktijk met wetenschappelijke inzichten; hieruit komt kennis voort waarmee we het zorg- en behandeltraject nog verder verfijnen”

> ANGELIQUE BRANDS



wat er allemaal mee samenhangt en wat er zoal op je pad komt.” Leren geduld te hebben, zo weet ze inmiddels, is een van die bijkomstigheden. “Alles duurt soms tergend lang: opzetten van een onderzoek, analyseren van data, feedback van medeauteurs, terugkoppeling van een redactie, artikelen die uiteindelijk niet worden geaccepteerd en dus het opnieuw indienen van je artikel bij een tijdschrift met weer eigen auteursinstructies.”

Gevolgen voor de praktijk

De verpleegkundig specialist vertelt dat ze met het onderzoek inzichtelijk heeft gekregen dat het per patiënt verschilt wanneer die geïnformeerd wil worden over de cosmetische gevolgen van een borstsparende operatie: “De één wil het graag meteen horen en de ander moet eerst verwerken dat er een ingreep gaat plaatsvinden. In de informatievoorziening zou de zorgprofessional hiermee rekening moeten houden. Tot wel drie jaar na de operatie is de borst onderhevig aan veranderingen. Patiënten gaven aan het daarom ook fijn te vinden de cosmetische gevolgen te bespreken tijdens nacontroles. Ook om te kijken welke mogelijkheden er zijn, zoals verwijzing naar de plastisch chirurg.”

Op basis van Brands’ onderzoeksuitkomsten is in het MMC een aantal aanpassingen in het zorg- en behandeltraject doorgevoerd. Zo is de informatiefolder over de borstsparende behandeling aangepast en komen daarin nu ook de uiterlijke gevolgen van de ingreep aan bod. Daarnaast is in het patiëntendossier een gevalideerde beoordelingscore (de zogenoemde Harvard-scale) en een score met een rapportcijfer over de borst ingebouwd: patiënten én behandelend specialisten geven na de ingreep, na bestraling en vervolgens tijdens de jaarlijkse controles een beoordeling over de borst. Brands: “De beoordeling maakt dat je er tijdens elk consult even over praat, om te kijken of we op dat vlak nog iets kunnen betekenen.”

Inmiddels zijn drie van de zes artikelen gepubliceerd en is het vierde artikel naar een tijdschrift gestuurd. Regelmatig wordt de verpleegkundig specialist uitgenodigd om tijdens een congres over haar onderzoek te vertellen. Vorig jaar presenteerde ze tijdens een symposium in Nederland de *highlights* van SABCS, het grote borstkankercongres in San Antonio (Verenigde Staten), waar ze naar toe was gegaan. “Dat ik daar dan op het podium als de deskundige rond deze thematiek sta, voelt wel heel bijzonder.” | [Drs. Caroline Wellink, wetenschapsredacteur](#)

ADVERTORIAL

‘Spin in het web’-functie voor de patiënt en diens naasten en de longarts

De verpleegkundig specialist speelt een rol in het hele zorgpad van een patiënt met stadium III-niet-kleincellig longcarcinoom. “We hebben een ‘spin in het web’-functie voor de patiënt en diens naasten, en de longarts. Die functie wordt hier gelukkig ook erkend”, zegt verpleegkundig specialist Riky Dorrestein van Meander Medisch Centrum in Amersfoort.

“We zijn er als een patiënt de uitslag krijgt dat hij een vorm van longkanker heeft die niet operabel is, maar waarvoor wel in opzet curatieve behandeling mogelijk is met chemoradiatie. Dat begint met voorlichting over het behandelplan, en tijdens de behandeling - die sequentieel of concurrent kan worden geboden - wisselt de verpleegkundig specialist steeds af met de longarts om eventuele problemen van de behandeling snel in beeld te krijgen. Is het aansluitend mogelijk om de patiënt een immunotherapeutische behandeling te bieden met durvalumab, dan heeft de verpleegkundig specialist ook hierin weer de rol van voorlichting aan de patiënt en afwisselend met de longarts in de controle van de behandeling.”

De verpleegkundig specialist speelt ook een rol bij het weer stabiel krijgen van de patiënt

na de chemoradiatie, zodat die klaar is voor de behandeling met durvalumab. “Mensen moeten echt fysiek herstellen van de chemoradiatie”, zegt Dorrestein. “Ze moeten de problemen te boven komen die de bestraling kan veroorzaken, zoals slokdarmklachten, en ze moeten hun conditie weer opbouwen. Maar ze moeten ook weer rust in het hoofd krijgen. Het hele proces van diagnosestelling en behandeling ervaren ze vaak als een *rollercoaster*. Ik leer ze daarom om stap voor stap te denken. Dat is belangrijk om op een gegeven moment klaar te zijn voor de behandeling met durvalumab. Soms is hiervoor inzet van een psycholoog aan de orde, maar juist doordat wij als verpleegkundig specialisten een holistische kijk hebben, is dat veelal niet nodig.”

Een belangrijk aspect in de begeleiding is de patiënt te helpen om te stoppen met roken.

“Dit speelt een grote rol om goed door de periode van de bestraling heen te komen”, zegt Dorrestein. “Het is natuurlijk ook essentieel als je een curatief bedoelde behandeling ondergaat. Mensen hebben een gevoel van schuld en schaamte, maar dat is beslist niet op zijn plaats, want we weten hoeveel verslavende producten tabaksfabrikanten in rookwaren stoppen. Communicatie hierover speelt dan zeker een rol in de begeleiding. Maar we weten dat er mensen zijn die het niet lukt om op eigen kracht het roken op te geven. Daarom is het goed dat we een korte lijn hebben naar de stoppen-met-roken-poli.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#).

Deze bijdrage is financieel mogelijk gemaakt door AstraZeneca BV. AstraZeneca BV heeft geen invloed gehad op de inhoud van het verslag.



© Janssen-Cilag B.V. – CP-80227 – 26-02-2019

Everyday Victories Over Cancer

We are Janssen. We collaborate with the world for the health of everyone in it.

At Janssen, we aim to make cancer a manageable, even curable condition. Until then, we have dedicated ourselves to scoring Victories Over Cancer every day. Big or small, every victory brings us closer to a cure.



Koplopers Roodbol en Schuurmans zetten verpleegkundig specialist graag in de etalage

Twee hoogleraren Verplegingswetenschap hebben een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van het vak van verpleegkundig specialist: prof. dr. Petrie Roodbol (Rijksuniversiteit Groningen, ook lector Academie voor Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen) en prof. dr. Marieke Schuurmans (UMC Utrecht, tevens voormalig lector Ouderenzorg Hogeschool Utrecht). Een prachtig beroep met enorme carrièremogelijkheden, vinden beiden.

De eerste verpleegkundig specialisten - toen nog *nurse practitioners* geheten - werden in Nederland opgeleid in 1997. De inzet van Petrie Roodbol heeft een belangrijke rol gespeeld om dit te laten gebeuren. "In die periode waren verschillende zaken tegelijk aan de hand", vertelt ze. "Er waren vrij veel verpleegkundigen met ruime expertise, maar tot ver in de jaren tachtig werd geen ruimte geboden om parttime te werken, zodat de mogelijkheid om bij zwangerschap hun loopbaan voort te zetten enorm werd beperkt. Toen dat veranderde, konden veel meer verpleegkundigen in het vak blijven. Bovendien verbeterde de opleiding, waardoor het kennisniveau van verpleegkundigen toenam. De carrièrekans deed dit echter niet. In die tijd bestonden voor veel medisch specialisten lange wachtlijsten en Els Borst, toen minister voor Volksgezondheid, zag daarin een mogelijkheid om de inzet van verpleegkundigen te vergroten als de medisch specialisten routine-taken zouden afstoten. Een artikel in *Medisch Contact* uit die tijd onder de kop 'Arts van straks te oud, te duur en te knap' beschreef ook dat dit goed mogelijk was. De omstandigheden waren dus gunstig om de stap te zetten tot de opleiding."

Naar Amerikaans model

Marieke Schuurmans was al gezondheidswetenschapper, afstudeerrichting Verplegingswetenschap, toen ze in 1988 koos voor een verkorte opleiding tot verpleegkundige. "Ik was als kind zo'n meisje dat al wist dat ze zuster wilde worden", vertelt ze. "Toen ik in de vijfde klas van het VWO zat, startte in Maastricht de studierichting Gezondheidswetenschappen met de afstudeerrichting Verplegingswetenschap. Maar wie voor die studierichting had gekozen maar geen achtergrond had als verpleegkundige, werd in het veld niet direct geaccepteerd.

Omdat ik niet het onderwijs in wilde en de patiënt miste, besloot ik alsnog verpleegkundige te worden. Wel in een academische setting dan, omdat ik ook iets met die wetenschappelijke opleiding wilde kunnen doen."

Ze deed dit in het UMC Utrecht, waar ze sinds 1992 ook de functie van verpleegkundig specialist vervulde. Vijf jaar voordat de Nederlandse opleiding er kwam dus, naar het model van de toen al wel bestaande Angelsaksische *clinical nurse specialist*. "De medisch specialisten van de afdeling Klinische Geriatrie hadden hier in het Verenigd Koninkrijk over geleerd en wilden die opzet kopiëren", vertelt ze. "Op basis van een artikel dat ik er tijdens mijn studie over had geschreven, wist ik dat het een prachtige brugfunctie was tussen theorie en praktijk. Ik had een academische achtergrond en kende de patiënten, dus ik werd aangenomen. Wat ik vooral interessant vond aan de functie, was dat ik de inhoud ervan van nul af kon opbouwen en dat ik een combinatie kon maken van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Zo kon ik een verpleegkundige opleiding Geriatrie opzetten."

Schuurmans werd in 2009 benoemd tot hoogleraar Verplegingswetenschap, primair gericht op zorg voor ouderen. Dit werd gevolgd door een benoeming als *chief nursing officer*, een onafhankelijke adviesfunctie voor het ministerie van VWS op het gebied van de verpleegkunde. Ook werd ze lid van de Gezondheidsraad.

Lange weg

Roodbol promoveerde in 2005 tot doctor in de bedrijfskunde met een proefschrift over taakherschikking in de gezondheidszorg en de positie van wat toen nog de *nurse practitioner* heette. De titel van haar proefschrift zegt veel over de weg die moest worden afgelegd om

taakherschikking een vaste plaats te geven in de zorg: *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zorgsporen*. “Het was niet allemaal makkelijk”, zegt ze nu met gevoel voor understatement. “Het is voor verpleegkundigen heel lang verboden geweest om medische kennis te gebruiken. In oude verpleegkundige opleidingsboeken stond zelfs zoiets te lezen als: ‘Voor uw opleiding moeten we u wat medische kennis bijbrengen, maar die mag u nooit gebruiken. De medische vakboeken waarop deze kennis gebaseerd is zou u bovendien niet begrijpen’. Het was erg afhankelijk van de individuele medisch specialist hoeveel ruimte werd gegeven voor taakherschikking. Toen ik in 1997 werd gevraagd om te spreken op een congres over het onderwerp, drukte de voorzitter van de Amerikaanse beroepsvereniging van *nurse specialists* me op het hart dat ik elke gelegenheid moest aangrijpen om te spreken over het vak. Vooral de huisartsen waren fel tegen. Later begonnen ze met praktijkassistenten, maar ze verzorgden zelf de opleiding en konden daarmee dus ook de kennisoverdracht beknotten.”

Toch kwam er erkenning voor het vak. Roodbol merkte dit heel duidelijk in 2002 toen ze een rol had in een debat tussen de ministeries van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap (OC&W) en VWS. “OC&W was verguld met de opleiding en dacht daarmee het probleem van de wachtlijsten voor de medisch specialistische zorg te kunnen oplossen”, vertelt ze. “Al vrij snel werd subsidie voor de opleiding geregeld, en voor de studenten compensatie voor de afwezigheid op de werkvloer om de colleges te kunnen volgen. In 2007 werd ook het register voor verpleegkundig specialisten ingesteld.” In datzelfde jaar kwam ook de erkenning voor haar persoonlijk, want ze ontving de Els Borstprijz, ingesteld voor de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundig specialist.



▼ MARIEKE SCHUURMANS



FOTO ARNAUD MOOIJ

Roodbol: “In de opleiding voor verpleegkundig specialist hebben we als een van de weinige landen theorie en praktijk gecombineerd”

< PETRIE ROODBOL

Van experiment naar wettelijke verankering

In 2012 werd aan de Wet BIG artikel 36a toegevoegd, waarmee een wettelijke basis werd gecreëerd om bij wijze van experiment tijdelijk zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de verpleegkundig specialist. Sinds september 2018 is de zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist officieel vastgelegd in de Wet BIG. “Dat heeft een volgende stap betekend in de erkenning van het vak”, zegt Roodbol. “De mogelijkheid die hiermee werd gecreëerd voor de verpleegkundig specialist om medicatie voor te schrijven, wordt internationaal gezien als een soort statussymbool. Daar ben ik niet zo van, maar het feit dat het werd erkend is wel waardevol. In Nederland heeft de verpleegkundig specialist in relatief korte tijd wettelijke status gekregen. Dit in tegenstelling tot de Verenigde Staten waar het nog steeds van staat tot staat verschillend geregeld is. Ook bij het wereldcongres van *the International Council of Nurses* in augustus 2018 merkte ik dat Nederland op dit gebied internationaal behoorlijk voorop loopt. In de opleiding hebben we als een van de weinige landen theorie en praktijk gecombineerd. Daarmee leveren we weliswaar mensen af die na het voltooien van de opleiding nog beginnend beroepsbeoefenaar zijn, maar bij wie het klinisch redeneren al wel goed is ontwikkeld.”

Volgens Roodbol gaan de verpleegkundig specialisten hiermee een zonnige toekomst tegemoet. “De verpleegkundig specialist heeft een medische én een holistische blik”, zegt ze. “Een orthopeed zal bij een knieklacht een spuitje of een operatie voorstellen, maar de verpleegkundig specialist zal ook kijken naar de mogelijkheid van een e-bike of

een traplift. Gezondheid bevorderen past meer bij deze tijd, met de toename van het aantal chronisch zieken, dan ziekte behandelen. Als je gezondheid als uitgangspunt neemt, kun je het stigma wegnemen van chronische ziekten en mensen helpen om de klacht goed in de hand te houden, zodat ze minder afhankelijk worden van het ziekenhuis.”

Kritische kanttekeningen

Ondanks het enthousiasme van Roodbol plaatst Schuurmans kritische kanttekeningen bij de invulling die nu aan het vak wordt gegeven. “Ik vind het overwegend fantastisch om te zien wat verpleegkundig specialisten op het gebied van patiëntenzorg doen, maar ik maak me soms zorgen over de invulling van de functie en meer nog over de vraag of ze ook voldoende ruimte krijgen voor onderzoek en onderwijs. Medisch specialisten bepalen hier en daar sterk de functie-inhoud en willen de functie nog wel eens opportunistisch, bijna op productieniveau benaderen. Dan is niet de inhoud van het beroep leidend, maar wat de medische staf kwijt wil. Verpleegkundig specialisten moeten zich ook met onderwijs en innovatie kunnen bezighouden, anders kunnen ze hun niveau niet vasthouden en dan is de vraag aan de orde in hoeverre ze zich na verloop van tijd nog van hbo-verpleegkundigen kunnen onderscheiden. Gelukkig zie ik ook heel goede voorbeelden, van verpleegkundig specialisten die hun zorg aanpassen aan de vragen van patiënten en praktijkgericht onderzoek doen. Zij zijn ook in staat om op hbo-niveau les te geven over klinisch redeneren. Daarvan zou ik graag meer willen zien, want in de complexe zorg van nu leven veel vragen waarop geen eenduidig antwoord bestaat. En in dat veld heeft de verpleegkundig specialist niet alleen meerwaarde in het ziekenhuis, maar ook in de eerste lijn en de thuiszorg.” Roodbol geeft aan dat het belangrijk is dat medisch specialisten bereid zijn hun kennis te delen met verpleegkundig specialisten en hen ook deelgenoot te maken van nieuwe ontwikkelingen. “Medisch specialisten die een poosje in de Verenigde Staten hebben gewerkt, weten heel goed wat de waarde van de verpleegkundig specialist is”, zegt ze. “De oncologie is een van de eerste vakgebieden waarin de rol van de verpleegkundig specialist goed benut werd, primair in de mammacare. Nu zien we ook prachtige trajecten in de palliatieve zorg en de kinderoncologie. Heb je ooit een arts samen met een kind een kinderliedje horen zingen tijdens een beenmergpunctie?”

Ondanks haar bedenkingen is ook Schuurmans onder de streep absoluut positief. “Het is een prachtig beroep met enorme carrièremogelijkheden”, zegt ze. “Ik zou het alleen graag nóg meer in de etalage willen zetten. Het vak maakt de zorg aantrekkelijker om in te werken én verbetert die zorg voor patiënten.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

Schuurmans: “Verpleegkundig specialisten moeten zich ook met onderwijs en innovatie kunnen bezighouden, anders kunnen ze hun niveau niet vasthouden”

Netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie

Op 27 juni 2013 is het netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie (VSO) opgericht. Dit netwerk vertegenwoordigt de belangen van verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn binnen de oncologie en palliatieve zorg. Daarnaast zorgt het netwerk voor een onderlinge verbinding van genoemde professionals, voor versteviging van hun positie binnen het oncologische zorgland-schap en voor kennisuitwisseling.

Het netwerk VSO is een decentraal onderdeel van V&VN Oncologie en bestaat uit ruim 550 verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn binnen de oncologie en palliatieve zorg. Deze professionals komen uit verschillende delen van het land en uit diverse organisaties. Het merendeel is werkzaam in het ziekenhuis in de (poli)klinische setting en binnen een zorgpad. Binnen het netwerk ligt de focus op drie thema's: positionering en profilering, kwaliteit, en samenwerking. De activiteiten van het netwerk ondersteunen deze thema's en zijn ondergebracht bij vier werkgroepen: een kernwerkgroep (dagelijks bestuur) en de werkgroepen Deskundigheidsbevordering, Media en Communicatie, en Wetenschap.

Positionering en profilering

Verpleegkundig specialisten zijn voor veel zorg-professionals niet meer weg te denken in de praktijk. Toch is niet voor iedereen duidelijk wat deze relatief nieuwe beroepsgroep kan betekenen binnen de zorg. Een goede positionering en profilering blijft daarom belangrijk. Het nieuwe beroepsprofiel geeft duidelijkheid en handvatten. Daarnaast streeft het netwerk naar een actieve rol van verpleegkundig specialisten bij de ontwikkeling en herziening van oncologische richtlijnen. Dit heeft onder andere geresulteerd in een actieve betrokkenheid bij de totstandkoming van het nieuwste SONCOS-normeringsdocument. Het voornemen is ook dat de verpleegkundig specialist een centrale rol krijgt binnen (verpleegkundig) onderzoek.

Kwaliteit van zorg

De organisatie streeft naar een constante verbetering van de kwaliteit van verpleegkundig specialistische zorg. Deskundigheidsbevordering is een middel om die kwaliteit te verhogen. De werkgroep Deskundigheidsbevordering organiseert jaarlijks een tweedaags symposium en diverse masterclasses, die specifiek zijn afgestemd op verpleegkun-

dig specialisten Oncologie en Palliatieve Zorg. Tijdens deze scholings-activiteiten staan patiëntenzorg, deskundigheidsbevordering en onderzoek centraal. Ook kunnen verpleegkundig specialisten ervaring en kennis uitwisselen.

De werkgroep Wetenschap houdt zich bezig met een database waar mastertheses en wetenschappelijk onderzoek te vinden zijn.

Samenwerking

Samenwerking is van groot belang bij bovengenoemde activiteiten. Er bestaat een nauwe samenwerking met V&VN Verpleegkundig Specialisten en waar mogelijk zoekt het netwerk samenwerking met partijen die relevant zijn voor actuele onderwerpen. Dit kunnen bijvoorbeeld zijn: wetenschappelijke beroepsverenigingen, SONCOS, de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie, IKNL, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, of verschillende andere afdelingen binnen V&VN.

Tot slot

Verpleegkundig specialisten Oncologie zijn voor een deel zelf verantwoordelijk voor de eigen positionering en profilering. Zij kunnen veel van elkaar leren, zowel op het werkinhoudelijke vlak als over de positie binnen een (andere) organisatie. Het netwerk biedt daar een podium voor en zorgt voor een gezamenlijke inspanning om de positie van de verpleegkundig specialist Oncologie te versterken. Onderwerpen voor 2019 zijn 'de verpleegkundig specialist als vast aanspreekpunt voor de oncologische patiënt' en 'voorschrijven oncolytica: door wie?' | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

Voor meer informatie over het Netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie: www.oncologieverpleging.nl/278/netwerk-verpleegkundig-specialisten-oncologie



De actuele cijfers van inschrijving per specialisme

	Verpleegkundige in opleiding tot specialist	Verpleegkundig specialist
Acute zorg bij somatische aandoeningen	38	154
Chronische zorg bij somatische aandoeningen	42	566
Geestelijke Gezondheidszorg	454	1.116
Intensieve zorg bij somatische aandoeningen	612	1.796
Preventieve zorg bij somatische aandoeningen	9	43

Naar verwachting gaan de vier specialismen 'bij somatische aandoeningen' per 01-01-2020 op in één nieuw specialisme Algemene Gezondheidszorg.

ADVERTENTIE

NIEUW
PER 1 JANUARI 2019

XTANDI™

> *Introductie enzalutamide tablet
(opvolger van de capsule)*



- Kleiner formaat en dus prettiger in gebruik⁴⁻⁶
- Dosering en inname blijven gelijk: eenmaal daags 4 x 40 mg, inname onafhankelijk van de maaltijd, corticosteroïden zijn niet vereist²
- Extra monitoring van bijvoorbeeld leverfuncties is niet vereist²

XTANDI, een 1e lijns optie bij CRPC*, na progressie op ADT¹⁻³

Directe pijnbestrijding bij kanker kon toch nog beter¹⁻⁵



Productinformatie en referenties zie elders in deze uitgave.

PecFent is geïndiceerd voor het onder controle houden van doorbraakpijn bij volwassenen die al een onderhoudstherapie met opioïden ondergaan voor chronische kankerpijn.

KYOWA KIRIN

PEC NL 201902001

Moventig[®] pakt de oorzaak aan van obstipatie bij opioïdgebruik

MOVENTIG
is geen
laxans

Bij patiënten die onvoldoende reageren op een laxans geeft Moventig 25 mg:¹

- een significante toename in aantal stoelgangen per week vs placebo²
Least squares (LS) mean difference naloxegol 25 mg versus placebo van 1,21 [95% CI: 0,76-1,65; p<0,001]
- een spontane stoelgang binnen 8 uur*²

MOVENTIG[®] SPOT-ON
WERKT DAAR WAAR OBSTIPATIE**ONTSTAAT

Agenda

Masterclasses VSO 2019

Masterclass De VS in de lead!	14 mei & 11 juni
Masterclass Long-oncologie	21 mei
Masterclass Mammacarcinoom	10 & 11 september
Masterclass Palliatieve Zorg	24 & 25 september
Masterclass Neuro-oncologie	8 oktober
Masterclass De VS in de rol van patiëntcoach	5 november

VERKORTE SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. Zie onder 'Melding van vermoedelijke bijwerkingen' voor het rapporteren van bijwerkingen.

Moventig 12,5 mg en 25 mg filmomhulde tabletten. **Samenstelling:** Elke filmomhulde tablet bevat naloxegoloxalaat overeenkomend met 12,5 resp. 25 mg naloxegol. **Indicaties:** Behandeling van door opioïden geïnduceerde constipatie (OIC) bij volwassen patiënten met onvoldoende respons op laxerend middel(en). **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen of voor een andere opioïdeantagonist. Patiënten met een bekende of vermoede gastro-intestinale (GI) obstructie of patiënten met een verhoogd risico op recidiverende obstructie, vanwege de kans op een gastro-intestinale perforatie. Patiënten met onderliggende kanker met een verhoogd risico op een gastro-intestinale perforatie, zoals onderliggende maligniteiten van het maag-darmkanaal of het peritoneum, recidiverende of gevorderde ovariumkanker, behandeling met vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF)-remmers. Gelijktijdig gebruik met krachtige CYP3A4-remmers (bijvoorbeeld claritromycine, ketoconazol of telithromycine; proteaseremmers zoals ritonavir, indinavir of saquinavir; grapefruitsap indien gebruikt in grote hoeveelheden). **Waarschuwingen en voorzorgen:** *Omstandigheden met verhoogd risico op gastro-intestinale perforatie* Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van naloxegol bij patiënten met een aandoening waarbij de integriteit van de wand van het maag-darmkanaal kan worden aangetast (bijvoorbeeld ernstige maagzweer, de ziekte van Crohn, actieve of recidiverende diverticulitis, infiltratieve maligniteiten van het maag-darmkanaal of peritoneale metastasen). Patiënten wordt geadviseerd de therapie met naloxegol te staken en onmiddellijk contact op te nemen met hun arts als zij ongebruikelijk ernstige of aanhoudende abdominale pijn krijgen. *Verstoringen van de bloed-hersenbarrière* Bij patiënten met klinisch belangrijke verstoringen van de bloed-hersenbarrière bestaat het risico dat naloxegol in het CZS binnendringt en dient naloxegol met voorzichtigheid te worden voorgeschreven, waarbij gelet moet worden op mogelijke effecten op het CZS, zoals symptomen van opioïdeontwenning en/of interferentie met opioïde-gemedieerde pijnstilling. *Gelijktijdig gebruik van methadon* In klinische studies werd waargenomen dat patiënten die methadon namen als primaire therapie voor hun pijn aandoening, vaker last kregen van gastro-intestinale bijwerkingen (zoals abdominale pijn en diarree) dan patiënten die geen methadon kregen. In enkele gevallen werden symptomen waargenomen die wezen op opioïdeontwenning, bij een groter gedeelte van de patiënten die methadon namen t.o.v. de patiënten die geen methadon namen. *Gastro-intestinale bijwerkingen* Er zijn gevallen van ernstige abdominale pijn en diarree waargenomen in klinische onderzoeken met de dosis van 25 mg, vooral kort na de start van de behandeling. Er was een hogere incidentie van het staken van de behandeling vanwege diarree en abdominale pijn. Patiënten moet geadviseerd worden om ernstige, aanhoudende of erger wordende symptomen direct aan hun arts te melden, die kan overwegen om de dosis te verlagen tot 12,5 mg. *Opioïdeontwenningssyndroom* Er zijn gevallen van opioïdeontwenningssyndroom gemeld in het klinische programma van naloxegol. Dit syndroom ontwikkelt zich meestal binnen minuten tot enkele dagen na toediening van een opioïdeantagonist. Als opioïdeontwenningssyndroom wordt vermoed, moet de patiënt het gebruik van Moventig staken en contact opnemen met de arts. *Cardiovasculaire aandoeningen* Naloxegol moet bij patiënten met een voorgeschiedenis van myocardinfarct korter dan 6 maanden geleden, symptomatisch congestief hartfalen, manifeste hartziekten of patiënten met een QT-interval van ≥ 500 msec met voorzichtigheid worden gebruikt. *CYP3A4-inductoren* Naloxegol wordt niet aanbevolen voor patiënten die krachtige CYP3A4-inductoren nemen (bijvoorbeeld carbamazepine, rifampicine, sint-janskruid). *Nierinsufficiëntie* De aanvangsdosis voor patiënten met matig ernstige of ernstige nierinsufficiëntie is 12,5 mg. Als er bijwerkingen optreden die van invloed zijn op de verdraagbaarheid, dient de behandeling met naloxegol te worden gestaakt. *Ernstige leverinsufficiëntie* Voor patiënten met ernstige leverinsufficiëntie wordt het gebruik van naloxegol niet aanbevolen. *Aan kanker gerelateerde pijn* Vanwege beperkte klinische ervaring met het gebruik van naloxegol bij OIC-patiënten met pijn die gerelateerd is aan kanker is voorzichtigheid geboden bij het voorschrijven van naloxegol. **Bijwerkingen:** In klinische onderzoeken waren de meest frequent gemelde bijwerkingen van naloxegol ($\geq 5\%$): abdominale pijn, diarree, nausea, hoofdpijn en flatulentie. Het merendeel van de gastro-intestinale bijwerkingen werd beoordeeld als mild tot matig van ernst, trad vroeg in de behandeling op en verdween in de loop van de behandeling. Overige bijwerkingen waren nasofaryngitis, hyperhidrose, opioïdeontwenningssyndroom en overgevoeligheid. **Afleveringsstatus, UR Vergoeding en prijzen:** Moventig wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-index tax. **Registratienummers:** EU/1/14/962/001-011 **Registratiehouder:** Kyowa Kirin Holdings B.V., Bloemlaan 2, 2132NP Hoofddorp, Nederland. De volledige productinformatie (SmPC) is op aanvraag verkrijgbaar bij Kyowa Kirin Pharma B.V., tel. 0900-1231236. **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]. **Datum:** december 2018

Referenties:
1. Moventig Samenvatting van de Productkenmerken, December 2018
2. Tack J, Lappalainen J, Diva U et al. *United European Gastroenterol J.* 2015; 3(5):471-480

MOV NL 201902001

KYOWA KIRIN

Colofon

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 2 van *Oncologie Up-to-date* 2019, uitgegeven door Uitgeverij Jaap.

Redactieraad

Desi van den Boogaard

Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Sandra de Bruijn

Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

Niek Golsteijn

Ziekenhuis Rivierenland, Tiel

Erik van Muilekom

Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

Karen Tol

Isala, Zwolle

Sylvia Verhage

Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Aan dit nummer werkten mee:

Antoni van Leeuwenhoek, Loraine Bodewes, Vincent Boon, Duncan de Fey, Ingrid Hofstra, Nynke Koopen, NFP Photography, Marijke van Oosten, Marlou Pulles, Henk Veenstra, Caroline Wellink en Frank van Wijck

Advertenties

Uitgeverij Jaap

E-mail: willemsmit@uitgeverij-jaap.nl

Tel.: 06 - 34 49 29 23

Uitgever en redactie

Uitgeverij Jaap

Postbus 60334, 1320 AJ Almere

Website: www.oncologie.nu

E-mail: liasmit@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

6.000 stuks

Verkorte productinformatie voor CABOMETYX® CABOMETYX® 20/40/60 mg filmomhulde tabletten

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring

CABOMETYX® (cabozantinib) tabletten

60 mg 10 mg 20 mg

Samenstelling Elke filmomhulde tablet bevat cabozantinib (S)-malaat, equivalent aan resp. 20/40/60 mg cabozantinib. Elke filmomhulde tablet bevat resp. 15.54/31.07/46.61 mg lactose. **Farmacotherapeutische vorm** Filmomhulde tabletten. **CABOMETYX 20 mg filmomhulde tabletten** De tabletten zijn geel en rond zonder breukstreep, en hebben aan de ene zijde "XL" gegraveerd en aan de andere zijde van de tablet "20". CABOMETYX 40 mg filmomhulde tabletten De tabletten zijn geel en driehoekig van vorm zonder breukstreep, en hebben aan de ene zijde "XL" gegraveerd en aan de andere zijde van de tablet "40". CABOMETYX 60 mg filmomhulde tabletten De tabletten zijn geel en ovaal van vorm zonder breukstreep, en hebben aan de ene zijde "XL" gegraveerd en aan de andere zijde van de tablet "60". **Farmacotherapeutische categorie** antineoplastisch middel, proteïne-kinaseremmer, ATC-code: L01XE26. **Indicaties** **Niercelcarcinoom (RCC)** CABOMETYX is geïndiceerd voor de behandeling van gevorderd niercelcarcinoom (RCC, renal cell carcinoma), bij therapie-naïeve volwassenen met intermediaire of poor risk, bij volwassenen gevolgd op voorgaand vasculair endotheliale groeifactor (VEGF, vascular endothelial growth factor) gerichte therapie. **Hepatocellulair carcinoom (HCC)** CABOMETYX is geïndiceerd als monotherapie voor de behandeling van hepatocellulair carcinoom (HCC) bij volwassenen die voordien behandeld werden met sorafenib. **Dosering en wijze van toediening** Behandeling met CABOMETYX dient te worden gestart door een arts die ervaren is in de toediening van antineoplastische geneesmiddelen. **Dosering** CABOMETYX (cabozantinib) tabletten en COMETRIQ (cabozantinib) capsules zijn niet bio-equivalent en mogen niet onderling worden verwisseld (zie rubriek 5.2). Indien een patiënt moet overschakelen van cabozantinib capsules naar cabozantinib tabletten, moet de patiënt doorgaan met een CABOMETYX dosis niet hoger dan 60 mg of met de actuele COMETRIQ dosis (de laagste van de twee). De aanbevolen dosis van CABOMETYX is 60 mg eenmaal daags. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** Voorvallen die zich gewoonlijk in het begin voordoen, omvatten hypocalcémie, hypokaliëmie, trombocytopenie, hypertensie, palmoplantair erythrodysthesiesyndroom (PPES), proteinurie en gastro-intestinale (GI) bijwerkingen. **Perforaties en fistels** Patiënten die inflammatoire darmziekten hebben, tumorfistuliratie in het maagdarmaansluiting hebben, of complicaties van eerdere GI-chirurgie hebben, dienen zorgvuldig te worden geëvalueerd alvorens aan te vangen met de behandeling met cabozantinib en vervolgens dienen zij nauwlettend gemonitord te worden op symptomen van perforaties en fistels. Het risico van het ontwikkelen van anale fistels, cabozantinib dient te worden gestopt bij patiënten die een GI-perforatie of een fistel ondervinden die niet toereikend kan worden behandeld. **Trombo-embolische voorvallen** Bij cabozantinib zijn gevallen van veneuze trombo-embolie, waaronder longembolie, en gevallen van arteriële trombo-embolie en veneuze trombo-embolie (VTE) gerapporteerd. Cabozantinib dient te worden gestopt bij patiënten die een acute myocardinfarct of enige andere klinisch ernstige arteriële trombo-embolische complicatie ontwikkelen. **Hemorragie** Patiënten met een voorgeschiedenis van ernstige bloeding voordat met behandeling wordt gestart, moeten zorgvuldig worden geëvalueerd voordat behandeling met cabozantinib wordt gestart. **Trombocytopenie** werd gemeld in de HCC-studie. Het trombocytopenie aantal moet gemonitord worden tijdens behandeling met cabozantinib en de dosis moet aangepast worden naargelang ernst van de trombocytopenie. **Wondcomplicaties** Indien mogelijk, dient behandeling met cabozantinib ten minste 28 dagen vóór een geplande chirurgische ingreep, inclusief tandheelkundige chirurgische ingreep, te worden gestopt. Cabozantinib dient te worden gestopt bij patiënten met wondgeneesingscomplicaties waarvoor medische interventie nodig is. **Hypotensie** De bloeddruk moet goed onder controle zijn voordat cabozantinib wordt ingesteld. Tijdens behandeling met cabozantinib dienen alle patiënten te worden gemonitord op hypertensie en indien nodig te worden behandeld met standaard antihypertensieve therapie. **Palmoplantair erythrodysthesiesyndroom (PPES)** Bij PPES dient onderbreking van behandeling met cabozantinib te worden overwogen. Nadat PPES is verminderd tot graad I, dient de behandeling te worden hervat met een lagere dosis van cabozantinib. Cabozantinib dient gestopt te worden bij patiënten die nefritisch syndroom ontwikkelen. **Hepatische encefalopathie** In de HCC-studie (werd hepatische encefalopathie vaker gemeld in de cabozantinib- dan in de placebo-arm, monitoring op aanwijzingen en symptomen wordt geadviseerd. **Reversibele posterior leuko-encefalopathieyndroom (RPLS)** ook bekend als posterior reversible encefalopathieyndroom (PRES), moet worden gemonitord. Cabozantinib kan bij patiënten met RPLS patiënt die meerdere symptomen vertoont. Behandeling met cabozantinib dient gestopt te worden bij patiënten met RPLS. **Verlenging van het QT-interval** Cabozantinib dient met voorzichtigheid gebruikt te worden bij patiënten met een voorgeschiedenis van QT-intervalverlenging, bij patiënten die anti-aritmica nemen of bij patiënten met relevante bekende hartziekten. **Interacties** CABOMETYX-remmers en -inductoren Gelijktijdige toediening van sterke CYP3A4-inductoren kan de effectiviteit van P-gp verlagen. De aanbevolen dosis is 160 mg eenmaal daags. **Effect van cabozantinib op andere geneesmiddelen** Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van cabozantinib op de farmacokinetiek van antineoplastische middelen, onveranderd anticonceptie-effect kan niet worden gegarandeerd. **Belangrijkste bijwerkingen** **Samenvatting van het veiligheidsprofiel** De vaakst voorkomende ernstige bijwerkingen in de RCC-populatie zijn diarree, hypertensie, dehydratie, hypotensie, misselijkheid, verminderde eetlust, embolie, vermoeidheid, hypomagneëmie, stomatitis, palmoplantair erythrodysthesiesyndroom (PPES). De vaakst voorkomende ernstige bijwerkingen in de HCC-populatie zijn hepatische encefalopathie, PPES, asthenie en diarree. De vaakst voorkomende bijwerkingen van ongeacht welke graad (ervaren door ten minste 25% van de patiënten) omvatten diarree, hypertensie, vermoeidheid, ASAAT verhoogd, ALAT verhoogd, maculopapulair uitslag, verminderde eetlust, PPES, dyspnoe, afname van het aantal bloedplaatjes, stomatitis, anemie, braken, gewichtsvermindering, dyspnoe en obstipatie. Hypertensie werd vaker waargenomen in de therapie-naïve RCC-populatie (67%) vergeleken met patiënten met RCC volgens op voorgaande VEGF-gerichte therapie (37%). Myocardinfarct en cerebrovasculair accident zijn gemeld, de frequentie van voorkomen kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald. **Afleverstatus** U.S. en buitenland De aanbevolen dosis is 60 mg eenmaal daags, 2 tot 3 uur na de Z-index taxi. Voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de geregistreerde IBI-teksten. Vergunninghouder: Ipsen Pharma, 65 qual Georges Gorge, 92100 Boulogne-Billancourt, Frankrijk. **Voor contact:** Ipsen Farmaceutica B.V., Taurusavenue 33B, 2132 LS Noordorp. Tel.: +31(0)235541600, E-mail: ipsen.nl@ipsen.com, CBZ-NL-000273 Hoffmann 2018



PecFent 100 microgram en 400 microgram/spray, neusspray, oplossing

Samenstelling: Elke ml oplossing bevat ofwel 1000 mcg of 4000 mcg fentanyl (als citraat). Elke spray (100 microliter) bevat ofwel 100 mcg of 400 mcg fentanyl (als citraat). Elke fles PecFent 100 mcg bevat 2 of 8 sprays. Elke fles PecFent 400 mcg bevat 8 sprays. **Indicatie:** Onder controle houden van doorbraakpijn (BTP) bij volwassenen die al een onderhoudstherapie met opioïden ondergaan voor chronische kankerpijn. Onderhoudstherapie wordt gedefinieerd als ten minste 60 mg orale morfine per dag, ten minste 25 mcg transdermale fentanyl per uur, ten minste 30 mcg oxycodon per dag, ten minste 8 mg oraal hydromorfon per dag of een equivalent analgetische dosis van een ander opioïd gedurende een week of langer. **Dosering en wijze van toediening:** De behandeling dient te worden geïnitieerd door, en onder toezicht te blijven van, een arts die ervaring heeft in de toepassing van opioïdentherapie bij kankerpatiënten. PecFent dient te worden getitreerd tot een effectieve dosis die adequate analgesie biedt en bijwerkingen tot een minimum beperkt. **Aanvangsdosis:** Een spray van 100 mcg; patiënten moeten ten minste 4 uur wachten alvorens een volgende BTP-episode met PecFent te behandelen. **Titratie:** Als de aanvangsdosis geen effect heeft, kan voor de volgende BTP-episode een hogere dosis van twee sprays van 100 mcg (één in elk neusgat) worden gebruikt. Als deze dosis niet helpt, kan men de patiënt een fles PecFent 400 mcg/spray voorschrijven en opdragen over te schakelen op één spray van 400 mcg voor de volgende pijnepisode. Als deze dosis niet helpt, kan men de patiënt opdragen de dosis te verhogen naar twee sprays van 400 mcg (één in elk neusgat). Zodra een effectieve dosis is bereikt, dient deze gedurende twee opeenvolgende behandelde BTP-episodes te worden bevestigd. **Onderhoud:** Patiënten dienen door te gaan met het gebruiken van de vastgestelde effectieve dosis tot maximaal 4 doses per dag. **Dosisbijstelling:** De dosis van PecFent dient alle te worden verhoogd als de dan gebruikte dosis de BTP gedurende een aantal opeenvolgende episodes niet adequaat kan behandelen. Herzie de achtergrondtherapie met opioïden als de patiënt constant meer dan vier BTP-episodes per 24 uur heeft. Verlaag de dosis van PecFent als bijwerkingen ondraaglijk zijn of aanhouden. **Stoppen met de behandeling:** Men dient onmiddellijk te stoppen met de behandeling met PecFent wanneer de patiënt geen BTP-episodes meer ondervindt. De behandeling voor achtergrondpijn dient volgens voorschrift te worden voortgezet. Als stoppen met de gehele opioïdentherapie nodig is, moet de patiënt nauwlettend worden gevolgd door de arts, daar geleidelijke afnemende titratie noodzakelijk is om ontwenningseffecten te voorkomen. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of hulpstoffen. Patiënten zonder opioïdenonderhoudstherapie omdat er een verhoogd risico op ademhalingsdepressie is. Ernstige ademhalingsdepressie of zelfs ernstige obstructieve longaandoeningen. Behandeling van een acute pijn anders dan doorbraakpijn. **Waarschuwingen en voorzorgen:** PecFent bevat fentanyl in een hoeveelheid die fataal kan zijn voor een kind en daarom dient PecFent buiten het zicht en bereik van kinderen te worden gehouden. Om de risico's van bijwerkingen tot een minimum te beperken en om de effectieve dosis te bepalen, is het belangrijk dat patiënten tijdens de titratieperiode nauwlettend worden gemonitord. Het is belangrijk dat de behandeling met langwerkende opioïden voor het behandelen van de persisterende pijn van de patiënt is gestabiliseerd voordat de therapie met PecFent begint. Na herhaalde toediening van opioïden als fentanyl kunnen zich tolerantie en afhankelijkheid ontwikkelen. Ook moet in geval van onvoldoende pijncontrole na een verhoogde dosis fentanyl rekening worden gehouden met de mogelijkheid van door opioïden geïnduceerde hyperalgesie. Er is een klinisch significant risico op ademhalingsdepressie bij gebruik van fentanyl, maar chronisch opioïdengebruik verlaagt dit risico. Bij patiënten met chronisch obstructieve longziekten kan fentanyl ernstiger bijwerkingen veroorzaken. PecFent dient met uiterste voorzichtigheid te worden toegediend aan patiënten met verhoogde intracraniale druk. Fentanyl kan bradycardie veroorzaken; PecFent dient daarom voorzichtig te worden gebruikt bij patiënten met eerder opgetreden of bestaande bradyaritmieën. Ook bij patiënten met hypovolemie en hypotensie dient men behandeling zorgvuldig te overwegen. Men dient voorzichtig te zijn met het toedienen van PecFent aan patiënten met lever- of nierinsufficiëntie; aangetoond is dat bij intraneuze toediening de klaring van fentanyl verandert bij lever- en nierinsufficiëntie, als gevolg van veranderingen in metabolische klaring en plasmaproteïnen. Voorzichtigheid is geboden wanneer PecFent gelijktijdig wordt toegediend met geneesmiddelen die de serotonerge neurotransmissiesystemen beïnvloeden. Indien serotoninesyndroom wordt vermoed, dient behandeling met PecFent te worden gestopt. De veiligheid en werkzaamheid van PecFent bij kinderen onder de leeftijd van 18 jaar zijn niet vastgesteld. **Bijwerkingen:** Met PecFent zijn de voor opioïden typerende bijwerkingen te verwachten. De ernstigste mogelijke bijwerkingen zijn respiratoire depressie, circulatoire depressie, hypotensie en shock; alle patiënten dienen daarop te worden gemonitord. **Vaak:** desoriëntatie, dyspnoe, duizeligheid, somnolentie, hoofdpijn, epistaxis, rinorroe, nasaal ongemak, braken, nausea, constipatie en pruritus. Voorschrijvers dienen de SPC te raadplegen voor andere bijwerkingen. **Nummers van handelsvergunning:** EU/110/644/001-7. **Houder van handelsvergunning:** Kyowa Kirin Holdings B.V., Bloemlaan 2, 2132NP Hoofddorp, Nederland. De volledige productinformatie (SmPC) is op aanvraag verkrijgbaar bij Kyowa Kirin Pharma B.V., tel. 0900-1231236. **Afleveringsstatus:** U.S. Vergoeding en prijzen: PecFent wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-index taxi. **Datum:** Jun 2018 (v2).

Referenties: 1. Fisher A, Waling M, Smith A et al. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 2010;48(12):860-867. 2. Watts P and Smith A *Expert Opin Drug Deliv* 2009;6(5):543-553. 3. Castile J, Cheng Y, Simmons B et al. *Drug Dev Ind Pharm* 2013;39(5):816-824. 4. Portenoy KR, Raffaelli W, Torres LM et al. *J. Opioid Manag.* 2010;6(5):319-328. 5. Samenvatting van de productkenmerken PecFent, augustus 2018

PEC NL 218012001

KYOWA KIRIN

Verkorte productinformatie XTANDI™ 40 mg filmomhulde tabletten

Samenstelling: Elke filmomhulde tablet bevat 40 mg enzalutamide. **Farmacotherapeutische groep:** hormoon-antagonisten en verwante middelen, anti-androgenen, ATC-code: L02BB04. **Therapeutische indicaties:** De behandeling van volwassen mannen met niet-gemetastaseerd hoogrisico-CRPC (castratieresistent prostaatcarcinoom); de behandeling van volwassen mannen met gemetastaseerd CRPC die asymptomatisch of licht symptomatisch zijn na falen van androgeenprivatetherapie 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 de na behandeling met docetaxel. **Dosering en wijze van toediening:** Behandeling met enzalutamide moet worden gestart en gemonitord door gespecialiseerd personeel. **Posterieur reversibel encefalopathieyndroom (PRES)** Bij patiënten zijn zeldzame gevallen van het posterieur reversibel encefalopathieyndroom (PRES) gemeld. PRES is een zeldzame, reversibele, neurologische aandoening, die zich kan presenteren met snel ontwikkelende symptomen waaronder insulien, 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. Gelijktijdige toediening met warfarine en coumarine-achtige anticoagulantia dient te worden vermeden. Wanneer Xtandi gelijktijdig wordt toegediend met een anticoagulant 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 patiëntpopulatie. **Eerste leverinsufficiëntie:** Een toegenomen halfwaardetijd van enzalutamide is waargenomen bij patiënten met een ernstige leverinsufficiëntie, waarschijnlijk gerelateerd aan een toegenomen weefselverdeling. 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) ≥ 45%, bradycardie of ongecontroleerde hypertensie. Hier dient rekening mee gehouden te worden wanneer Xtandi bij deze patiënten wordt voorschreven. **Androgeenprivatetherapie kan het QT-interval verlengen:** Bij patiënten met een voorgeschiedenis van 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 cytotoxische 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. **Overgevoeligheidsreacties:** Overgevoeligheidsreacties zijn waargenomen met enzalutamide, zich manifesterend met symptomen als, maar niet beperkt tot, huiduitslag of geelzucht, tong-, lip- of farynxoedem. **Interacties:** Sterke remmers van CYP2C8 dienen vermeden te worden of met voorzichtigheid gebruikt te worden tijdens de behandeling met enzalutamide. Als aan patiënten 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 of vermindering 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 androgeenprivatetherapie 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 posterieur reversibel encefalopathieyndroom 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 frequentiecategorieën van bijwerkingen worden als volgt gedefinieerd: zeer vaak (≥1/10), vaak (≥1/100, <1/10), soms (≥1/1000, <1/100), zelden (<1/10000, <1/1000), 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 lymfestelselaandoeningen	Soms: leukopenie, neutropenie; <i>niet bekend</i> : trombocytopenie
Immuunsysteem-aandoeningen	<i>Niet bekend</i> : geelzucht, tongoedeem, lipooedeem, farynxoedeem
Psychische stoornissen	<i>Vaak</i> : angst; soms: visuele hallucinaties
Zenuwstelselaandoeningen	<i>Vaak</i> : hoofdpijn, geheugenstoornis, amnesie, aandachtsstoornis, restlessness syndroom; soms: cognitieve aandoening, insult; <i>niet bekend</i> : posterieur reversibel encefalopathieyndroom
Hartaandoeningen	<i>Vaak</i> : ischermische hartziekten; <i>Niet bekend</i> : QT-verlenging
Bloedvataandoeningen	<i>Zeer vaak</i> : opvliegers, hypertensie
Maagdarmstelselaandoeningen	<i>Niet bekend</i> : misselijkheid, braken, diarree
Huid- en onderhuidsaandoeningen	<i>Vaak</i> : droge huid, pruritus; <i>niet bekend</i> : huiduitslag
Skeletstelsel- en bindweefsel-aandoeningen	<i>Zeer vaak</i> : fracturen; <i>niet bekend</i> : myalgie, spierspasmen, spierzwakte, rugpijn
Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen	<i>Vaak</i> : gynaecomastie
Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen	<i>Zeer vaak</i> : asthenie, vermoeidheid
Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties	<i>Vaak</i> : vallen

* Spontane meldingen afkomstig van post-marketingervaring
v Geëvalueerd aan de hand van nauw begrensde zoekbewerkingen (narrow SMQ) van 'Convulsies' met inbegrip van convulsie, grand mal-convulsie, complexe partiële insulien, partiële insulien en status epilepticus. Dit omvat ook zeldzaam voorkomende insulien met complicaties die overlijden tot gevolg hebben.
1 Geëvalueerd aan de hand van nauw begrensde zoekbewerkingen (narrow SMQ) van 'Myocardinfarct' en 'Andere ischermische hartziekten' met inbegrip van de volgende voorkeurs termen waargenomen bij ten minste twee patiënten in gerandomiseerde, placebogecontroleerde fase 3-onderzoeken: angina pectoris, kransslagader-aandoening, myocardinfarct, acuut myocardinfarct, acuut coronairsyndroom, instabiele angina pectoris, myocardisch ischemie en kransslagaderarteriosclerose.
1 Omvat alle voorkeurs termen met het woord 'fractuur' bij botten.
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 dosisescalatiestudie. 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 insulien te beoordelen bij patiënten met predisponerende factoren voor een insult (waarbij 1,6% een voorgeschiedenis van insulien 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 insuldramp kan verlagen is niet bekend, maar kan te maken hebben met gegevens uit *in-vitro*-onderzoeken waaruit blijkt dat enzalutamide de actieve metaboliet ervan zich binden aan en de activiteit kunnen remmen van het GABA-gereguleerde chloriedkanaal. **Ischermische hartziekten:** In gerandomiseerde, placebogecontroleerde klinische studies trad ischermische hartziekten op bij 2,5% van de patiënten die werden behandeld met enzalutamide plus androgeenprivatetherapie (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. **Afleverstatus:** XTANDI is uitsluitend verkrijgbaar op recept. **Raadpleeg volledige productinformatie (SmPC) op 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.



NL/XTD/0119/000004

Teysuno® = (S-1)

OPGELET! CONTRA-INDICATIE

Verkorte voorschrijfinformatie

Teysono® (tegafur, gimeracil en oteracil). Naam en actieve ingrediënten: Teysono® 15 mg/4,35 mg/11,8 mg harde capsules bevatten 15 mg tegafur, 4,35 mg gimeracil en 11,8 mg oteracil. Teysono® 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:** Teysono is geïndiceerd bij volwassenen voor de behandeling van gevorderd maagcarcinoom indien in combinatie met cisplatine gegeven. **Dosering en wijze van toediening:** Teysono dient alleen te worden voorgeschreven door een gekwalificeerd arts met ervaring in de behandeling van kankerpatiënten met antineoplastische geneesmiddelen. De aanbevolen standaarddosis Teysono, wanneer het gegeven wordt in combinatie met cisplatine, is 25 mg/m² (uitgedrukt als tegafurgehalte) tweemaal daags, 's ochtends en 's avonds, gedurende 21 opeenvolgende dagen, gevolgd door 7 dagen rust (1 behandelingscyclus). Teysono 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 dosi cisplatine in dit regime is 75 mg/m² via intraveneuze infusie, eenmaal in de vier weken. Na 6 cycli moet de cisplatine worden gestaakt zonder topzetten van Teysono. Indien cisplatine wordt gestaakt voordat 6 cycli zijn voltooid, kan de behandeling met alleen Teysono worden hervat wanneer wordt voldaan aan de criteria voor herstarten. Raadpleeg de Samenvatting Productkenmerken (SPC) van Teysono voor het berekenen van de standaarddosis en verlaagde doses Teysono en cisplatine en de berekeningen naar lichaamsoppervlak (BSA, body surface area) voor doses Teysono die in combinatie met cisplatine worden gegeven. Patiënten die met Teysono 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 hyperhydratievoorbereiding. De patiënten dienen poliklinische voorschriften mee te krijgen voor anti-emetica en voor middelen tegen diarree. Raadpleeg de Samenvatting Productkenmerken (SPC) van Teysono voor informatie over toxiciteit, dosisaanpassing en gebruik bij nierinsufficiëntie. Er wordt geen aanpassing van de standaarddosis geadviseerd voor patiënten met een leeftijd van ≥ 70 jaar, leverfunctiestoornissen of patiënten van Aziatische etniciteit. Teysono 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 dihydropyrimidinedehydrogenase (DPD)-deficiëntie. Zwangerschap en borstvoeding. Ernstige beenmergdepresie (ernstige leukopenie, neutropenie of trombocytopenie). Patiënten met nierziekte in het eindstadium bij wie dialyse noodzakelijk is. Medetoeiening van andere fluoropyrimidines bij Teysono. Behandeling binnen 4 weken met DPD-remmers, inclusief sorivudine of chemisch verwante analogen zoals brivudine. **Contra-indicaties voor cisplatine:** raadpleeg de Samenvatting van de Productkenmerken (SPC) van cisplatine. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen:** Teysono bevat lactose, Hepatitis B-virusactiviteit, diarree, dehydratie, beenmergdepresie, renale toxiciteit, oculaire toxiciteit, cumarine-derivaat-anticoagula's, DPD-inductoren, microsatelliet-instabiliteit (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 pediatrica patiënten. Raadpleeg de Samenvatting Productkenmerken (SPC) van Teysono voor informatie over interactie met andere fluoropyrimidines, sorivudine en brivudine, CYP2A6-remmers, folinaat/folinuursuur, nitro-imidazolen, waaronder metronidazol en misnidazol, methotrexaat, clozapine, cimetidine, cumarine-derivaat-anticoagula's, fenytoïne, allopurinol. **Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen:** Teysono heeft een matige invloed op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen, omdat vermoeidheid, duizeligheid, wazig zien en misselijkheid vaak voorkomende bijwerkingen zijn van Teysono. **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): Febriele neutropenie, lymfopenie, dehydratie, hypokaliëmie, hyponatriëmie, hypocalciëmie, hypomagnesemie, hypoaalbuminemie, hyperkaliëmie, slapeloosheid, duizeligheid, hoofdpijn, dysgeusie, visusstoornis, faciale stoornis, conjunctivitis, cornea-aandoening, gastro-intestinale, droogheid, 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 alanineaminotransferase, verhoogd aspartaat-aminotransferase, palmar-plantair erythrodyssthesie-syndroom, huiduitslag, hyperpigmentatie van de huid, droge huid, pruritus, alopecia, spier- of botpijn. Soms (≥ 1/1000, < 1/100): Septische shock, binjierbloeding, cerebrovasculair accident, hartfalen, acute myocardinfarct, hartfibrilleren, trombose in de arteria iliaca, hypovolemische shock, arteriële trombose in een ledemaat, pulmonale embolie, luchtwegobloeding, gastrointestinale perforatie, toxische nefropathie, multi-organfaalen. Zelden (≥ 1/10.000, < 1/1000) en zeer zelden (≥ 1/10.000) voorkomend: Hepatitis B-virusactiviteit, consumptiecoagulopathie, leukoencfalopathie, interstitiële longaandoening, acute pancreatitis, acuut leverfalen, toxische epidermale necrolyse, stevens-johnsonsyndroom, rhabdomyolyse. **Afleverstatus:** UR **Meerder van de vergunning voor het in de handel brengen:** Nordic Group BV, Siriusdreef 22, 2132 WT, Hoofddorp, Nederland. **Nummer van de vergunning voor het in de handel brengen:** EU/11/11/669/001, Teysono 15 mg, 84 capsules, EU/11/11/669/002, Teysono 15 mg, 126 capsules, EU/11/11/669/003, Teysono 20 mg, 42 capsules, EU/11/11/669/004, Teysono 20 mg, 42 capsules, EU/11/11/669/005 15 mg, 84 capsules. **Datum van samenstelling van de tekst:** juni 2018 **Lokale vertegenwoordiger voor Nederland:** Nordic Pharma BV, Tolweg 15, 3741 LM, Baarn, Nederland **Tel:** +31 (0)35 54 80 580, **email:** info@nordicpharma.nl.

NORDIC PHARMA

TEYSONO

Verkorte productinformatie: IMFINZI® 50 mg/ml (19SEP2018)

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. **Farmacapeutische vorm en samenstelling:** Imfinzi® 50 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie (steriel concentraat). Elke ml concentraat bevat 50 mg durvalumab. **Farmacotherapeutische categorie:** Antineoplastische middelen, monoklonale antilichamen. **ATC-code:** L01XC28. **Indicatie:** Als monotherapie voor de behandeling van lokaal gevorderde, irresectabele niet-kleincellig longkanker (*non-small-cell lung cancer* - NSCLC) in volwassenen bij wie de tumoren PD-L1 tot expressie brengen op ≥ 1% van de tumorcellen en bij wie de ziekte geen progressie heeft vertoond na platinumbevattende chemotherapie met radiotherapie. **Dosering en wijze van toediening:** De behandeling moet worden gestart en gecontroleerd door een arts met ervaring in de behandeling van kanker. De aanbevolen dosi IMFINZI is 10 mg/kg toegediend als intraveneuze infusie gedurende 60 minuten elke twee weken, tot ziekteprogressie of onaanvaardbare toxiciteit, of een maximum van 12 maanden. Het wordt aanbevolen om de behandeling voor klinisch stabiele patiënten met initieel bewijs van ziekteprogressie voort te zetten tot de ziekteprogressie is bevestigd. Dosisescalatie of -vermindering wordt niet aanbevolen. Tijdelijk of permanent stoppen met de dosis kan vereist zijn op basis van individuele veiligheid en verdraagbaarheid. Richtlijnen voor immunogelerateerde bijwerkingen worden beschreven in tabel 1 van de QRD. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Patiënten moeten gemonitord worden op: klachten en verschijnselen van pneumonitis of bestralingspneumonitis; abnormale uitslagen bij levertests voorafgaand aan en periodiek tijdens de behandeling met Imfinzi en zoals geïndiceerd op basis van klinische beoordeling; klachten en verschijnselen van colitis of diarree; abnormale uitslagen bij schildklierfunctietests voorafgaand aan en periodiek tijdens de behandeling en zoals geïndiceerd op basis van klinische beoordeling; klinische klachten en verschijnselen van binjierinsufficiëntie; klinische klachten en verschijnselen van diabetes mellitus type 1; klinische klachten en verschijnselen van hypofosfatasie van hypopituitarisme; abnormale uitslagen bij nierfunctietests voorafgaand aan en periodiek tijdens behandeling met Imfinzi; klachten en verschijnselen van huiduitslag of dermatitis; klachten en verschijnselen van andere immuunmedieerde bijwerkingen; klachten en verschijnselen van infusiegerelateerde reacties. Durvalumab wordt het niet aanbevolen voor gebruik tijdens de zwangerschap en bij vrouwen die zwanger kunnen worden en geen effectieve anticonceptie toepassen tijdens de behandeling en gedurende ten minste 3 maanden na de laatste dosis. Risico bij het geven van borstvoeding voor pasgeborenen/zuigelingen kan niet worden uitgesloten. **Interacties:** Het gebruik van systemische corticosteroiden of immunosuppressiva voorafgaand aan de start van durvalumab wordt niet aanbevolen. **Bijwerkingen:** Zeer vaak (≥ 1/10): infecties van de bovenste luchtwegen, pneumonie, hypothyreoïdie, hoest/productieve hoest, pneumonitis, diarree, buikpijn, huiduitslag, pruritus, pyrexie; Vaak (≥ 1/100, < 1/10): infecties van de tanden of weke delen van de mond, orale candidiasis, influenza, hyperthyreoïdie, dysfonie, colitis, aspartaataminotransferase verhoogd of alanineaminotransferase verhoogd, dermatitis, nachtzweeten, myalgie, bloodcreatinine verhoogd, dysurie, perifere oedeem, infusiegerelateerde reactie; Soms (≥ 1/1000, < 1/100): binjierinsufficiëntie, diabetes mellitus type 1, interstitiële longziekte, hepatitis, myositis, nefritis; Zelden (≥ 1/10.000, < 1/1000): hypofosfatasie/hypopituitarisme, diabetes insipidus, myocarditis, polymyositis. **Afleverstatus:** U.R. **Uitgebreide productinformatie:** Voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de QRD-tekst op www.astrazeneca.nl. Voor overige informatie en literatuurservice: AstraZeneca BV, Postbus 599, 2700 AN Zoetermeer. Tel. (079) 363 22 22. NL-3212 – 01/10/2020

Referentie:

1. Draft IMFINZI Summary of Product Characteristics. Wilmington, DE: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; 2018.

IMFINZI™
durvalumab
Intraveneuze injectie 50 mg/ml

AstraZeneca

Verkorte productinformatie Lynparza® 100 mg / 150mg, filmomhulde tabletten (6APR2018). ▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. **Farmacapeutische vorm en samenstelling: Lynparza® 100 mg en 150 mg filmomhulde tabletten. Elke filmomhulde tablet bevat 100 mg of 150 mg olaparib. **Farmacotherapeutische groep:** antineoplastische middelen, andere antineoplastische middelen. **ATC-code:** L01XC46. **Indicatie:** Lynparza is geïndiceerd als monotherapie voor de onderhoudbare behandeling van volwassen patiënten met platinumsensitief recidief hooggraadig epitheliaal ovarium, tube- of primair peritoneaal carcinoom die een respons (volledige of partiële) vertonen op platinabevattende chemotherapie. **Dosering:** De aanbevolen dosi Lynparza is 300 mg (twee tabletten van 150 mg) tweemaal daags, wat equivalent is aan een totale dagelijkse dosis van 600 mg. Patiënten zouden niet later dan 8 weken na voltooiing van hun laatste dosis platinabevattende chemotherapie met de behandeling met Lynparza moeten beginnen. Het wordt aangeraden de behandeling voort te zetten tot progressie van de onderliggende ziekte optreedt. Er zijn geen gegevens over herbehandeling met Lynparza na opeenvolgend recidief. Naast tabletten zijn er ook Lynparza capsules beschikbaar. Lynparza tabletten (100 mg en 150 mg) dienen niet op milligram-op-milligram basis gesubstitueerd te worden door Lynparza capsules (50 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 een dosissverlaging kan worden overwogen. In geval van dosissverlaging is de aanbevolen dosi tweemaal daags 250 mg (equivalent aan een totale dagelijkse dosis van 500 mg). Als er een verdere dosissverlaging nodig is, wordt aanbevolen de dosis te verlagen naar tweemaal daags 200 mg (equivalent aan een totale dagelijkse dosis van 400 mg). Gelijktijdig gebruik van sterke of matige CYP3A4-remmers wordt niet aanbevolen en alternatieve middelen dienen te worden overwogen. Wanneer een sterke CYP3A4-remmer gelijktijdig moet worden toegediend, wordt aanbevolen om de dosi Lynparza te verlagen naar tweemaal daags 100 mg (equivalent aan een totale dagelijkse dosis van 200 mg). Wanneer een matige CYP3A4-remmer gelijktijdig moet worden toegediend, wordt aanbevolen om de dosi 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 dosi 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 doorslikt en mogen niet worden gekauwd, fijngelemd, opgelost of gedeeld. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Borstvoeding gedurende de behandeling en gedurende 1 maand na de laatste dosi. **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 matig ernstige anemie (CTCAE-graad 1 of 2), neutropenie, trombocytopenie en lymfopenie. Patiënten mogen pas starten met de behandeling met Lynparza nadat zij zijn hersteld van hematologische toxiciteit veroorzaakt door een eerdere antitanktherapiebehandeling (waarden voor hemoglobine-, plaatjes- en neutrofielconcentratie ≤ CTCAE-graad 1). Als een patiënt ernstige hematologische toxiciteit ontwikkelt of afhankelijk wordt van bloedtransfusies, dient de behandeling met Lynparza te worden onderbroken en dient adequate hematologische monitoring te worden gestart. Als er tijdens de behandeling met Lynparza MD5 en/of AMI wordt vastgesteld, wordt aangeraden de behandeling met Lynparza stop te zetten en een patiënt op passende wijze te worden behandeld. Als patiënten nieuwe ademhalingsproblemen zoals dyspneu, hoest en kortas ontwikkelen of als deze symptomen verslechteren, of als er bij radiologisch onderzoek van de borst een abnormaal beeld wordt gevonden, dient de behandeling met Lynparza te worden onderbroken en er wordt 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 alsmede door vrouwen die zwanger kunnen worden en gedurende de behandeling en één maand na de laatste dosi Lynparza geen effectieve anticonceptie gebruiken. Lynparza heeft geringe invloed op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen. **Interacties:** De aanbevolen monotherapieadepsis Lynparza is niet geschikt 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. Gelijktijdige toediening van Lynparza met sterke (bv. itraconazol, telithromycin, claritromycin, proleptosemen versterkt met rifonivir of cobistat, bocprevir, telaprevir) of matige (bv. erythromycin, diltiazem, fluconazol of verapamil) CYP3A4-remmers is niet aanbevolen evenals het gebruik van CYP3A4-inductoren (bv. fenytoïne, rifampicine, rifapentine, carbamazepine, nevirapine, fenobarbital, efavirenz, rifabutin en sint-janskruid) te vermijden tijdens de behandeling met Lynparza. Er is voorzichtigheid geboden wanneer gemeenschappelijke substraten van CYP3A4 of substraten met een nauw therapeutisch bereik (bv. simvastatine, rasagiline, ciclesonide, ergotalkaloiden, fentanyl, pimozide, serotonium, tacrolimus en tegaserod) worden gecombineerd met olaparib. De werkzaamheid van bepaalde hormonaal anticonceptiva kan afnemen als deze tegelijkertijd met olaparib worden toegediend. Geschikte klinische observatie is aanbevolen bij patiënten die de substraten van P-gp (bv. simvastatine, pravastatine, dabigatran, digoxine, colchicine) gelijktijdig met Lynparza toegediend krijgen. Het kan niet worden uitgesloten dat olaparib de bloestelling aan substraten van BCRP (bv. methotrexate, doxorubicine), DATBP (bv. bosentan, glibenclamide, rasagiline, statines en vasartan), OCT1 (bv. metformine), OCT2 (bv. serumcreatinine), OAT3 (bv. furosemide en methotrexate), MATE1 (bv. metformine) en MATE2 (bv. metformine) kan verlagen. Voorzichtigheid is niet aanbevolen als olaparib in combinatie met een statine wordt toegediend. **Bijwerkingen voor alle CTCAE graden voor CTCAE ≥ graad 3:** Zeer vaak (≥ 1/10, anemie (CTCAE graad 3, zeer vaak), verminderde eetlust (CTCAE graad 3, soms), hoofdpijn en duizeligheid (alle twee CTCAE graad 3, soms), dysgeusie, braken, diarree en nausea (alle drie CTCAE graad 3, vaak), dyspepsie, vermoeidheid (wanordeerde asthenie) (CTCAE graad 3, vaak), hoest (CTCAE graad 3, soms), vaak (≥ 1/100, < 1/100): neutropenie, trombocytopenie en leukopenie (alle drie CTCAE graad 3, vaak), rash, stomatitis en bovenbuij (alle twee CTCAE graad 3, soms), toename van bloedcreatinine (CTCAE graad 3, soms), Soms (≥ 1/1000, < 1/100): lymphopenie, CTCAE graad 3, soms), overgevoeligheid, dermatitis, verhoging van gemiddeld corpusculair volume. **Afleverstatus:** U.R. **Uitgebreide productinformatie:** Voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de QRD-tekst www.astrazeneca.nl. Voor overige informatie en literatuurservice: AstraZeneca BV, Postbus 599, 2700 AN Zoetermeer. Tel. 079 363 2222.**

NL-2983 - 01/01/2020

AstraZeneca

MSD

Lynparza®
olaparib
tabletten 150 mg

NOVARTIS

Tafinlar® + Mekinist®
(dabrafenibi)
(trametinibi)

**METASTASEN OF GEEN METASTASEN?
START MET XTANDITM**

na progressie op ADT^{1-3,*}