

VS.

Verpleegkundig Specialisten
Oncologie, Hematologie en
Palliatieve Zorg

ESMO24: 4 VS'ers
delen hun ervaringen

Promoveren? Doen,
en bij voorkeur op
een verpleegkundig
onderwerp

Cultuurverschillen
binnen de zorg

oktober
2024

3

oncotype dx[®]

Breast Recurrence Score

TURN

what if...

INTO

WHAT IS

De Oncotype DX[®] test toont aan dat **8** op de **10** patiënten **geen** baat heeft bij chemotherapie¹⁻⁹



* Groepsgemiddelde

Dit is een voorbeeld van een patiënt met kliernegatieve borstkanker.

**Personaliseer
iedere
beslissing over
chemotherapie²⁻¹⁰**

Ga naar
oncotypedx.nl

**Alleen de Oncotype DX[®] test kan
het effect van chemotherapie
voorspellen.²⁻³**

VOOR PATIËNTEN MET HR⁺, HER2⁻ BORSTKANKER IN EEN VROEG STADIUM

HER2; humane epidermale groeifactorreceptor 2 negatief; HR⁺, hormoonreceptor positief.

Referenties

1. Licata et al. *NPJ Breast Cancer*. 2023. 2. Paik et al. *J Clin Oncol*. 2006. 3. Albain et al. *Lancet Oncol*. 2010. 4. Paik et al. *N Engl J Med*. 2004. 5. Dowsett et al. *J Clin Oncol*. 2010. 6. Kalinsky et al. *NEJM*. 2021. 7. Geyer et al. *NPJ Breast Cancer*. 2018. 8. Sparano et al. *N Engl J Med*. 2018. 9. Sparano et al. *N Engl J Med*. 2019. 10. Sparano et al. *Abstract GSI-05, SABCS*. 2022.

Oncotype DX Breast Recurrence Score en Recurrence Score zijn geregistreerde handelsmerken van Genomic Health, Inc. Exact Sciences is een geregistreerde handelsmerk van Exact Sciences Corporation. © 2023 Genomic Health, Inc. Alle rechten voorbehouden. EXS14224_0823_EN_NL

**EXACT
SCIENCES**

VS.

Verpleegkundig Specialisten
Oncologie, Hematologie en
Palliatieve Zorg

Voorwoord



GABRIËLLA DE BOER

verpleegkundig specialist
Haaglanden Medisch Centrum,
Den Haag



SYLVIA VERHAGE

verpleegkundig specialist
Jeroen Bosch Ziekenhuis,
's-Hertogenbosch

De herfst staat voor de deur, alle tijd om het nieuwe nummer van ons vakblad te lezen. Er staat een breed scala aan relevante en actuele onderwerpen in die belangrijk zijn voor onze dagelijkse praktijk en professionele ontwikkeling.

Als eerste pleit het Capaciteitsorgaan voor ophogen van aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten AGZ, cruciaal voor het waarborgen van voldoende en gekwalificeerde zorgprofessionals in ons veld.

Klinisch arbeidsgeneeskundige Theo Senden en verpleegkundig specialist Gabriëlla de Boer willen aandacht voor de impact van kanker en de behandeling; er is meer aandacht in de spreekkamer nodig voor gevolgen van de kankerbehandeling voor het werk van de patiënt en zien hierin een sleutelrol voor de verpleegkundig specialist. Lees meer over de uitrol van dit landelijke project.

Jaarlijks bezoeken vier verpleegkundig specialisten het European Society for Medical Oncology (ESMO) congres en zij vertellen over hun missie, het opnemen van een podcast voor hun collega's over de highlights van hun expertisegebied.

In het kader van concentratie van oncologische zorg en netwerkvorming belicht internist-oncoloog Elianne de Boer een flashmob-onderzoek, een creatieve manier om aandacht te vragen voor belangrijke kwesties en onderzoeken, zoals de reisbereidheid van oncologiepatiënten voor hun behandelingen, een factor die steeds meer invloed heeft op de zorglogistiek.

In de rubriek 'Groot in een klein ziekenhuis' ervaart verpleegkundig specialist Sandra Janssen dat er juist in kleine ziekenhuizen vaak ontplooiingsmogelijkheden zijn die professionals in staat stellen om hun vaardigheden te verbreden. Wat spreekt haar nog meer aan?

Naast deze rubriek komen meerdere verpleegkundig specialisten uit de dagelijkse praktijk aan het woord over diverse onderwerpen zoals: pro-actieve zorgplanningspoli, *whole genome sequencing*, leefstijladviezen in de hematologie, waarom je je moet aanmelden bij de vakgroep uro-oncologie en wetenschappelijk onderzoek. Jose Koldenhof vertelt waarom ze zo gegrepen werd om toch te promoveren.

Daarnaast hebben we een verhelderend gesprek met een geestelijke verzorger Mustafa Bulut over cultuurverschillen binnen de zorg en bespreekt hij de tips uit zijn nieuwe boek.

We wensen je veel leesplezier en inspiratie met deze editie!

Gabriëlla de Boer en Sylvia Verhage



09

Gevolgen kankerbehandeling voor werk

Interview met Theo Senden en Gabriëlla de Boer



24

Volop ontplooiingsmogelijkheden in een klein ziekenhuis

Interview met Sandra Janssen



28

Steeds meer zorg op maat door moleculaire diagnostiek

Interview met Andrea van Puffelen

43

Gegrepen door onderzoek

Interview met Ellis Verhappen



Inhoud

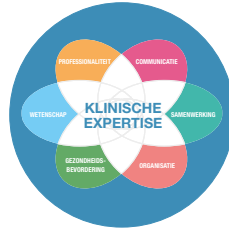
- 3** Voorwoord
- 6** Nú opschalen voor opleidingsplaatsen
Interview met Ellen Dankers-de Mari
- 9** Meer aandacht in de spreekkamer
nodig voor gevolgen kankerbehandeling
voor werk
Interview met Theo Senden en Gabriëlla de Boer
- 12** ESMO24: vier verpleegkundig
specialisten AGZ delen hun ervaringen
- 14** Dossiervorming en warme communicatie
bij verwijzing binnen een oncologie
netwerk
Interview met Judith Maas en Chantal van Dorp
- 17** Tarieven voor dienstverlening en
transparantieregister
- 18** Reisbereidheid medisch oncologische
patiënten
Interview met Elianne de Boer
- 21** Oog voor de palliatieve patiënt
Interview met Jill Hamers
- 24** Volop ontplooiingsmogelijkheden in
een klein ziekenhuis
Interview met Sandra Janssen
- 28** Steeds meer zorg op maat door
moleculaire diagnostiek
Interview met Andrea van Puffelen
- 30** Palliatieve zorg is als een paraplu:
beschermend en niet bedreigend
Interview met Annemieke van der Padt
- 32** Promoveren? Doen, en bij voorkeur op
een verpleegkundig onderwerp
Interview met José Koldenhof
- 34** Diuretica bij oedeem in de oncologie:
check eerst of ontwatering noodzakelijk is
Interview met Anne van Schijndel
- 37** Cultuurverschillen binnen de zorg
Mustafa Bulut
- 40** Speciale aandacht voor de oudere
kankerpatiënt
Interview met Mandy Kiderlen
- 43** Gegrepen door onderzoek
Interview met Ellis Verhappen
- 46** Vakgroep verbindt collega's urologische
oncologie
Interview met Joost de Baaij en Suzan Ras
- 49** Masterthesis
Dorien Zondag en Jeanique Kuiper
- 51** Agenda en colofon

40

Speciale aandacht
voor de oudere
kankerpatiënt

Interview met
Mandy Kiderlen





Nú opschalen voor opleidingsplaatsen

Het Capaciteitsorgaan vraagt bij de ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de eerder geadviseerde ophoging van het aantal opleidingsplekken voor physician assistants en verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg, direct nog in 2024 te realiseren. Programmasecretaris drs. Ellen Dankers-de Mari legt uit waarom.

Hoe belangrijk het advies is dat het Capaciteitsorgaan als onafhankelijk adviesorgaan geeft aan de ministeries van OCW en VWS, om direct meer opleidingsplaatsen te creëren voor physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg (VS-AGZ), is al geruime tijd duidelijk.¹ De laatste tijd krijgt het Capaciteitsorgaan steeds meer signalen van oplopende tekorten en een toenemende behoefte aan deze professionals. Zo trekken diverse regio's aan de bel dat zij tekorten hebben voor diverse werkvelden. Dit blijkt ook uit de wachtlijsten voor de opleidingen. Er was al een tekort aan PA en VS-AGZ toen het Capaciteitsorgaan in 2022 adviseerde om vanaf 2024 jaarlijks 286 PA en 474 VS-AGZ op te leiden.

Ellen Dankers-de Mari vertelt: “We zagen in dat jaar dat er op iedere honderd werkzame VS-AGZ sprake was van zeven moeilijk vervulbare vacatures. Bij de PA was dit vier op de honderd. Geen ontzettend grote aantallen weliswaar, maar wel voldoende serieus om het mee te nemen in ons ramingsadvies.”

Afgeweken van het advies

De ministeries van OCW en VWS besloten in de beschikbaar gestelde financiering voor 2024 onder het advies van het Capaciteitsorgaan te blijven. Het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen kwam uit op 250 voor de PA en 370 voor de VS-AGZ, respectievelijk 36 en 104 lager. “De ministeries hebben aangegeven in twee jaar stapsgewijs de opleidingsplekken uit te breiden”, zegt Dankers-de Mari, “waarmee ze pas in 2026 komen tot de aantallen die wij al voor 2024 voorstelden. Het gaat dus steeds meer knellen op de arbeidsmarkt. De ministeries hebben ons advies van 2019 ook niet opgevolgd. Dat waren eerste richtinggevende adviezen die vaker niet direct opgevolgd worden, maar met elk jaar dat de adviezen niet worden opgevolgd, is het logisch dat de tekorten verder oplopen.”

Volgend advies

Eind 2025 brengt het Capaciteitsorgaan een volgend advies uit over de capaciteitsplanning voor de PA en VS-AGZ. “We doen dat per drie jaar om steeds te kunnen bijsturen”, zegt Dankers-de Mari. “Ter voorbereiding starten we nu met onderzoeken, waarvoor we vorig jaar een onderzoeksprogramma hebben opgesteld. Hierbij kijken we onder andere naar de toename van het aantal vacatures en de vraag naar opleidingsplaatsen. We willen weten waar die vraag vandaan komt en of die structureel hoog is of dat de ziekenhuizen er bijvoorbeeld tien reserveren in de hoop er vijf te krijgen. Kortom: hoeveel hoger is de vraag, wat is de aard van de vraag en is de vraag structureel hoger of niet? We willen een zo breed mogelijk beeld krijgen, om te achterhalen wat de behoefte van de werkgevers is, in hoeverre zij krapte ervaren en in welke specialismen dan met name. Daarnaast verwerken we in onze adviezen ook informatie over arbeidsmarktkenmerken van verpleegkundig specialisten, opleidingsgegevens en werkproces- en zorgvraagontwikkelingen. Bronnen zijn registerdata, bevolkingsprognoses, wetenschappelijke artikelen en onderzoeken. Ook haalt het Capaciteitsorgaan veel informatie op bij experts uit het veld.”

“We horen steeds vaker dat verpleegkundig specialisten vanuit het ziekenhuis doorstromen naar de verpleeghuiszorg of de eerste lijn”

Recentelijk hebben al veldgesprekken plaatsgevonden. In het najaar volgen de expertbijeenkomsten, onder andere voor de oncologie en hematologie, waarbij we input vragen van verpleegkundig specialisten, medisch specialisten, managers en inhoudelijk deskundigen. Dankers-de Mari doet een uitdrukkelijke oproep aan de PA en VS-AGZ om gehoor te geven aan de uitnodiging voor de expertbijeenkomsten, die door V&VN VS wordt uitgezet. “Naast de medisch specialisten en leidinggevendenden die we daarvoor uitnodigen, kunnen ook zij ons input geven over ontwikkelingen die zij zien in hun vakgebied. Dit helpt ons om eind 2025 tot een nieuw, gedegen capaciteitsadvies te komen voor het aantal op te leiden PA en VS-AGZ.”

“Daarnaast houden we een arbeidsmarktenquête, uitgezet door het register van de verpleegkundig specialisten”, vertelt ze verder. “We willen van ze weten in welk specialisme ze werken. Ook over de verpleegkundig specialisten Oncologie willen we weten hoeveel FTE ze werken en in welk subspecialisme. We willen tevens een beeld krijgen van de uitstroomverwachting, om ook de benodigde instroom goed te kunnen inschatten.”

Haalbaarheid

Zijn op dit moment voldoende zorgprofessionals beschikbaar om de opleiding tot PA of VS-AGZ te volgen, zonder afbreuk te doen aan de continuïteit van zorg doordat zij voor het volgen van de opleiding minder inzetbaar zijn om zorg te verlenen? “Ook dat is een punt waar we bij onze komende ramingen stilstaan”, zegt Dankers-de Mari, “de haalbaarheid van onze raming dus. Tot nu toe hebben we geen signalen dat er een beperking is. Er zijn voldoende hbo-verpleegkundigen die de opleiding willen volgen. En zowel de zorgaanbieders als de hogescholen kunnen daarvoor voldoende opschalen met opleidingsplaatsen.”

Wel lijkt onder de verpleegkundig specialisten een verandering merkbaar. We horen steeds vaker dat verpleegkundig specialisten vanuit het ziekenhuis overstappen naar de verpleeghuiszorg of de eerste lijn. “Argumenten daarvoor zijn minder diensten, minder werkdruk en de mogelijkheid het vak meer in de volle breedte uit te oefenen”, zegt Dankers-de Mari. “Ook dat moeten we dus in de gaten houden voor ons volgende advies.”

Nu opschalen

De opleidingsinstellingen en werkgevers zien geen enkele reden om te wachten met opschaling van het aantal opleidingsplaatsen.

En het Capaciteitsorgaan adviseert de ministeries van OCW en VWS om niet langer te wachten, maar de al eerder voorgestelde verhoging direct te effectueren. Hoe snel is hierover een beslissing van beide ministeries nodig om dit nog op tijd in gang te zetten? We zitten immers al in het derde kwartaal van 2024. Dankers-de Mari zegt: “We wilden eerder dit jaar in ieder geval een extra signaal laten horen, in aansluiting op ons reguliere advies, vanwege het oplopende tekort aan PA en VS-AGZ en de oplopende wachtlijsten voor de opleidingen.”

Wat ook meegewogen is in het vorige advies, is de wens van zorgorganisaties tot verbetering van de zorg door inzet van PA en VS-AGZ. “De ziekenhuizen, ver-

pleeghuizen en gehandicaptenzorg noemen dit steeds vaker als argument om meer op te leiden”, zegt ze. Ook Geert van den Brink, voorzitter van de Kamer VS/PA van het Capaciteitsorgaan, heeft zich in deze zin uitgelaten in zijn recente promotieonderzoek. Hij sprak bij zijn promotie de verwachting uit dat de verhouding PA/VS versus arts – nu 1:10 – naar 1:2 moet gaan. “Resultaten van wetenschappelijk onderzoek nemen we ook mee in de nieuwe raming. Wij maken als Capaciteitsorgaan echter geen beleid”, zegt Dankers-de Mari in reactie hierop, “we zijn volgend aan ontwikkelingen in het veld. We zien de afgelopen jaren dat de verhoudingen aan het verschuiven zijn. Ten opzichte van medisch specialisten zien we steeds meer PA en verpleegkundig specialisten. Taakverschuiving is een van de variabelen in ons ramingsmodel. We hebben nog geen signaal dat daarin al sprake is van verzadiging.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

Referentie

1. Zijn er voldoende opleidingsplekken voor Verpleegkundig Specialist AGZ en Physician Assistants? Te raadplegen via capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2024/06/240614-nieuwsbericht-PA-VS-AGZ-definitief.pdf



< ELLEN
DANKERS-
DE MARI



‘It’s the life in your years that counts’

Timely treatment of symptomatic bone metastases (before development of visceral metastases) with 6 injections Xofigo extends overall survival.^{1,3,4}

Your mCRPC patient maintains quality of life and experiences reduced bone pain.¹⁻⁵ Xofigo does not impair efficacy or safety of subsequent treatments.^{1-3,6}

More about patient value >>

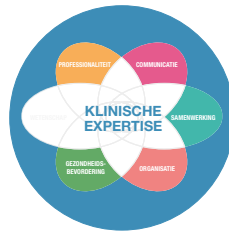


Xofigo monotherapy or in combination with luteinising hormone releasing hormone (LHRH) analogue is indicated for the treatment of adult patients with metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC), symptomatic bone metastases and no known visceral metastases, in progression after at least two prior lines of systemic therapy for mCRPC (other than LHRH analogues), or ineligible for any available systemic mCRPC treatment.⁴ SmPC can be found at pharma.bayer.nl. Abbreviated SmPC elsewhere in this magazine.

References: 1. Parker C, et al. N Engl J Med. 2013;369(3):213-223. 2. Sartor O, et al. Lancet Oncol. 2014;15(7):738-746. 3. Badrising SK, et al. Int J Cancer. 2020;147(4):1143-1151. 4. SmPC Xofigo (Radium-223) 09/2023. 5. Nilsson S, et al. Ann Oncol. 2016;27(5):868-874. 6. Rahbar K, et al. J Nucl Med. 2022;122.264456.

Confidence through experience.





Meer aandacht in de spreekkamer nodig voor gevolgen kankerbehandeling voor werk

De gevolgen van kanker en de behandeling kunnen grote impact hebben op het werk. Het werk van patiënten moet daarom al in een vroeg stadium van de behandeling ter sprake komen, stellen klinisch arbeidsgeneeskundige drs. Theo Senden – werkzaam in het Radboudumc, Nijmegen – en verpleegkundig specialist AGZ Gabriëlla de Boer-Betten, MSc – werkzaam in het Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag. Zij zijn projectleider, respectievelijk lid van de stuurgroep van een overheidsproject om hiervoor een arbeidsgericht model te ontwikkelen. Ze zien daarin een sleutelrol voor de verpleegkundig specialist.

“Een stratenmaker krijgt darmkanker. Essentieel is dan dat vooraf besproken wordt of een stoma nodig kan zijn en waar deze bij voorkeur geplaatst moet worden om het werk als stratenmaker niet te belemmeren. Of denk aan een patiënt die letterlijk aangewezen is op ‘fingerspitzengefühl’, zoals een concertviolist. De keuze voor een chemokuur kan bepalend zijn of vioolspelen na de behandeling nog mogelijk is.” Met deze voorbeelden illustreert Theo Senden dat werk en de behandeling van kanker elkaar kunnen bijten, maar dat hiervoor nog lang niet altijd tijdig aandacht is bij het bespreken en kiezen van de behandelopties.

“Patiënten hebben vragen over wel of niet doorwerken tijdens of na de behandeling. Wat is hiervoor nodig en mogelijk? De helft van de werkenden en werkzoekenden heeft geen toegang tot een bedrijfsarts. Verder is lang niet iedere bedrijfsarts voldoende op de hoogte van specifieke vormen van kanker en de snel veranderende behandelingen.”

Werkbehoudplan

Belangrijk is dat er direct na de diagnose kanker al wordt gekeken welk werk de patiënt doet, onderstreept Senden. “En dat doen we nu in het Radboudumc; we betrekken in de behandelteams arbeidsgeneeskundigen die zijn gespecialiseerd in de oncologie. Dat is slechts het begin, want er is meer nodig om de kans op baanbehoud zo

groot mogelijk te houden gedurende het hele traject waar een patiënt met kanker doorheen gaat.

In een plan om werk te behouden is veel nodig: beoordeling van de belastbaarheid en beperkingen, van de belemmerende factoren in coping en gezondheidsvaardigheden en van de privé- en werksituatie. Vervolgens is monitoring, afstemming tussen de betrokken professionals in de zorg en het arbeids- en re-integratiedomein, en ondersteuning van de eigen regie van de patiënt essentieel. Hierbij is maatwerk nodig. Niet altijd hoeft er van alles uit de kast te worden gehaald; ook vrij beperkte en eenvoudige interventies kunnen soms al het verschil maken.”

Te weinig aandacht

De inzet van klinisch arbeidsgeneeskundigen, zoals nu in het Radboudumc plaatsvindt, is echter nog lang geen gemeengoed, geeft Senden aan. “Tot nog toe gebeurt dit op experimentele basis, vanwege het ontbreken van structurele financiering. Wel zijn professionals in de zorg en in het arbeids- en re-integratieveld, inclusief het UWV, het erover eens dat de relatie werk en kanker een probleem is dat te weinig aandacht krijgt in Nederland. Het behoud van werk zou een behandelgoal moeten worden. Het kan dienen als ‘medicijn’. Ook ziet iedereen dat er meer afstemming en samenwerking moet komen tussen de betrokken professionals binnen en buiten de zorg.

Patiënten weten nu vaak niet bij wie ze terecht kunnen met werkgerelateerde vragen. Daardoor lopen ze vast. De mogelijkheden van medisch specialisten hierbij zijn beperkt. Zo kunnen ze niet verwijzen naar een professional die het vervolgtraject ‘tot op de werkvloer’ kan oppakken.”

Sleutelrol

Een andere aanpak is daarom nodig, een systeemverandering. Dit was inmiddels ook doorgedrongen in politiek Den Haag. In 2021 diende toenmalig D66-Kamerlid Weyenberg een motie in, die Kamerbreed werd gesteund. Deze motie leidde tot het project ‘Verkenning en ontwikkeling van een klinisch-arbeidsgeneeskundig/arbeidsgericht zorgmodel Oncologie’, uitgevoerd door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Kennisinstituut voor Medisch Specialisten (KIMS).¹ Senden heeft hiervan de leiding. Gabriëlla de Boer heeft vanuit V&VN VS en het netwerk VSO het mandaat gekregen om deel te nemen in de bijbehorende stuurgroep. “Als verpleegkundig specialisten hebben wij de positie om een sleutelrol te vervullen bij de begeleiding gericht op werkbehoud.”

Financiering

Senden heeft goede hoop dat in Nederland de situatie rond werk en kanker gaat verbeteren. “Er zijn veel initiatieven die elkaar gaan versterken als we ze met elkaar zouden verbinden. Denk bijvoorbeeld aan de Nederlandse Kankeragenda met speerpunt Kanker & Werk en aan het programma Passende zorg voor mensen met kanker van Zorginstituut Nederland. “Van ons project is nu de eerste fase – verkenning en ontwikkeling van het zorgmodel – afgerond. In oktober 2024 komen we met het eindverslag van deze fase. Daarin worden ook uitgangspunten beschreven om de haalbaarheid te beoordelen en te beslissen over het vervolgtraject. Nu is echt hét momentum voor verandering. In een volgende fase – van oktober 2024 tot juli 2025 – gaan we kijken wat er nodig is om het zorgmodel in praktijk te brengen en wat het meest passende scenario is voor bekostiging van bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten en klinisch arbeidsgeneeskundigen. Nu worden arbeidsgeneeskundigen bij de ontwikkeling van arbeidsgerichte zorginnovatie in het Radboudumc nog door de raad van bestuur gefinancierd.”

Domeinoverstijgend

De laatste fase van het project – van augustus 2025 tot december 2025 – is de uitwerking van het zorgmodel, een passend bekostigingsscenario en de ontwikkeling

Senden:

“Het behoud van werk zou een behandel-doel moeten worden”

van een implementatieplan, vertelt Senden. “Duidelijk is dat de samenwerking tussen alle betrokken partijen rondom de patiënt op regionaal niveau georganiseerd moet worden, aansluitend bij arbeidsmarkt- en oncologieregio’s. Een van de mogelijkheden om klinisch arbeidsgeneeskundigen op een efficiënte en haalbare manier in te zetten is door ze te positioneren in een regionaal arbeidsgeneeskundig expertisecentrum. Van daaruit kunnen ze beschikbaar zijn voor consultatie en verwijzing door zorgprofessionals en voor arbo- en re-integratieprofessionals. Een andere verbetering kan zijn dat de uitkomst van het multidisciplinair overleg niet alleen naar de huisarts gaat, maar ook naar de bedrijfsarts. Belangrijk is in ieder geval dat het zorgpad domeinoverstijgend wordt. Het model dat we uitwerken moet ook kunnen dienen als blauwdruk voor andere chronische aandoeningen.”

Verpleegkundig specialist

Voor het vaststellen van de behoeftes en het inspelen op de vragen en zorgen die patiënten met kanker rondom hun werk kunnen hebben, is er bij uitstek een rol weggelegd voor de verpleegkundig specialist, zegt De Boer. “Wij zien patiënten in het hele traject van diagnose,



De Boer:

“Als verpleegkundig specialisten hebben wij de positie om een sleutelrol te vervullen bij de begeleiding gericht op werkbehoud”

**^ GABRIËLLA DE BOER**

behandeling, nazorg en follow-up. We denken daarbij graag mee over hoe ze verder kunnen met hun leven. Soms kunnen patiënten niet meer functioneren op hetzelfde niveau als voor de start van hun behandeling. We hebben oog voor eventueel tekortschietende coping en zelfzorgvaardigheden van de patiënt, voor eventuele belastende omstandigheden in de privésituatie. Zo nodig overleggen we met een klinisch arbeidsgeneeskundige in de regio of we verwijzen de patiënt door.

Van belang is het behouden van een goede relatie met de werkgever, ook tijdens het ziekzijn. Soms ontstaan er door onwetendheid en handelingsverlegenheid van werkgever en werknemer spanningen die de re-integratie bemoeilijken. Informatie en ondersteuning kan dit voorkomen of repareren. Overigens moeten we niet vergeten dat een aanzienlijk deel van de werkenden tegenwoordig als zzp'er werkt, geen enkele vorm van begeleiding op dit vlak heeft en vaak ook nog eens niet verzekerd is.”

Capaciteit en tijd

Voorop staat dat verpleegkundig specialisten voldoende capaciteit en tijd krijgen om de bovengenoemde rol op te pakken. Van belang daarbij is dat er ook scholingsaanbod komt, zo geeft De Boer aan.

“Vertrekpunt hierbij kan zijn de Generieke Module Arbeidsparticipatie van het KIMS. Als verpleegkundig specialisten zouden we samen met de medisch specialisten deze scholing kunnen volgen. Essentieel is ook dat de verpleegkundige bij een klinisch arbeidsgeneeskundige terecht kan voor consultatie of verwijzing van de patiënt in complexe gevallen. Ik roep mijn collega's op om hun rol hierbij op te pakken.”

| Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referentie

1. 'Project i.o.v. ministerie SZW van start: ontwikkeling klinisch arbeidskundig/ arbeidsgericht zorgmodel oncologie'. Nieuwsbrief mei 2024. Te raadplegen via www.nvka.nl/zorgmodel

De voorzitter van de beroepsvereniging, Inge Rinzema, heeft in een schriftelijke reactie laten weten dat de beroepsvereniging het standpunt van Gabriëlla de Boer volledig onderschrijft.



ESMO24: 4 VS'ers delen hun ervaringen

Majorie de Werd, MANP, verpleegkundig specialist Mamma-oncologie, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

De ESMO in Barcelona was mijn eerste internationale congres. Bovendien kreeg ik een opdracht en trad ik volledig uit mijn comfortzone. Ik benaderde het als een uitdaging en daar houd ik van! De opdracht bestond voor mij uit het verzamelen van de highlights over borstkanker en deze vertalen naar de Nederlandse praktijk. Deze informatie werd op de laatste dag opgenomen in een podcast. Met nog vijf andere collega's reisde ik af naar Barcelona.

Voordat ik naar Barcelona vertrok, heb ik gesproken met onze oncologen om een keuze te maken in het aanbod van presentaties. Aan hen stelde ik de vraag: als je de ESMO bezoekt, op welke vraag wil je dan een antwoord? Ik moest namelijk een keuze maken. Er waren te veel sessies met uiteenlopende onderwerpen. Als ik had gewild was ik elke dag van 8.30-18.30 uur aaneengesloten bezig, waarin met een hoge snelheid studies werden gepresenteerd. Ik heb besloten om me alleen te richten op de endocriene therapie, de behandeling van triple-negatieve borstkanker en verdere ontwikkelingen in antilichaam-

geneesmiddelconjugaten. Er zijn resultaten van studies gepresenteerd en toekomstige ontwikkelingen besproken. Soms als eyeopener en soms al bekend.

Alsnog zaten de dagen vol gepland met allerlei sessies. Elke ochtend ging om 6.30 uur mijn wekker. Met zijn allen ontbijten en hop, met de metro naar het congrescentrum. En natuurlijk mijn mobiele telefoon volledig opgeladen om foto's van de presentaties te maken. Deze foto's zorgden ervoor dat ik het voor mijzelf overzichtelijk hield en een goede samenvatting kon maken. Elke avond verwerkte ik de opgedane informatie die ik verzameld had.

Doordat het een meerdaags congres was, werd die samenvatting steeds groter en uitgebreider. Ik kreeg het benauwd. Hoe ga ik dat allemaal verwerken in een begrijpelijke podcast? Gelukkig kon ik sparren met mijn collega's en de oncoloog in Nederland. Met opgebouwde zenuwen ging ik samen met Carlien de podcast opnemen. Alle inspanningen van de voorgaande dagen werd in één verhaal neergezet. Het werd een feestje en ik ben tevreden. Ik heb veel van deze opdracht geleerd en vond het bijwonen van het ESMO-congres zeer waardevol voor mij als verpleegkundig specialist Borstkanker, waarin ik in het hele zorgpad werkzaam ben: zowel in de diagnostische fase als behandel- en controlefase en zowel in de curatieve als in de palliatieve setting. Eigenlijk gun ik dit iedere verpleegkundig specialist werkzaam in de oncologie.

KADER

Poster Chantal Roth, MSc, verpleegkundig specialist AGZ, Tergooi MC, Hilversum

Tijdens het ESMO-congres presenteerde Chantal Roth een poster waarin zij een door verpleegkundigen geleide observationele studie presenteerde. In het Nederlandse onderzoek werd de werkzaamheid geëvalueerd van gecontroleerde koeling van de extremiteiten ter voorkoming van chemotherapie-geïnduceerde perifere neuropathie en behoud van dosisintensiteit.

Referentie

Roth C, et al. Ann Oncol 2024;35(suppl 2): abstr CN46.



▲ CHANTAL ROTH, EN MEDE-AUTEURS LONNEKE KAMER EN MARIANNE KLINKHAMER (ALLEN TERGOOI MC)

Susanne van der Linden, MSc, verpleegkundig specialist Longziekten, Meander Medisch Centrum, Amersfoort

Het ESMO-congres in Barcelona was voor mij de eerste keer naar een buitenlands congres. Ik ging met een missie: nieuwe kennis, highlights en wetenschappelijke inzichten over het longcarcinoom opdoen en terugkoppelen in een podcast aan collega's in Nederland.

Er stonden veel ontwikkelingen binnen mijn expertisegebied op het programma, ongeveer 208 sessies en 600 sprekers. Ik heb van tevoren het programma doorgenomen en een keus gemaakt welke sessies ik zou volgen. Op deze manier hield ik het overzicht. Sommige sessies waren boven verwachting leerzaam en interessant en andere vielen tegen.

In één sessie werden bijvoorbeeld zes studies besproken en daarna volgde een discussie door een expert. De studies werden in hoog tempo besproken, in het Engels en dan ook nog mijn telefoon in de hand om de conclusies en aanbevelingen te fotograferen voor mijn podcast.

Het congres heeft mij nieuwe kennis en inzichten gegeven over de wetenschappelijke studies en ontwikkelingen in Nederland en andere

landen. Bijvoorbeeld bij het kleincellig longcarcinoom stadium III. Ondanks de curatieve inzet van de behandeling blijft de prognose somber; vaak keert de ziekte binnen twee jaar terug. Uit onderzoek komt naar voren dat het toevoegen van durvalumab als consolidatietherapie de algehele en progressievrije overleving significant verbetert. Er gingen veel sessies over tyrosinekinaseremmers en resistentiemechanismen. Resistentiemechanismen begrijpen is een belangrijke strategie om nieuwe behandelmogelijkheden voor het niet-kleincellig longcarcinoom met een *EGFR*-mutatie te verbeteren. Voor ons als verpleegkundig specialisten is het dus belangrijk dat wij kennis hebben van resistentiebepalingen om de keuze van behandeling te kunnen begrijpen en patiënten goed te kunnen voorlichten.

Er was ook aandacht voor toxiciteit van geneesmiddelen. Management van toxiciteit past bij de rol van verpleegkundig specialisten. Zo heb ik een sessie gevolgd over *antibody-drug conjugates* (ADC's). In de mammaoncologie is er al meer expertise over de toxiciteit van ADC's. Het was leerzaam om te horen dat er bij deze geneesmiddelen een ander soort toxiciteit op kan treden, enerzijds cytotoxische toxiciteit vanwege de toevoeging van cytotoxische geneesmiddelen en anderzijds toxiciteit passend bij het antilichaam.

Naast alle wetenschappelijke, medische studies was er ook aandacht voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Door de verbeterde behandelmogelijkheden leven patiënten met longkanker gelukkig veelal een stuk langer, maar dit (door)leven met longkanker gaat gepaard met uitdagingen zoals veranderingen in het sociale leven, werk en financiën. Een open deur, maar belangrijk dat wij hier als verpleegkundig specialisten ook oog en aandacht voor hebben.

Het was een onvergetelijke ervaring om met een groep verpleegkundig specialisten uit andere ziekenhuizen naar het ESMO-congres te gaan. We hebben het gezellig met elkaar gehad, maar ik heb ook veel geleerd en ben geïnspireerd door mijn collega's over mijn werk als verpleegkundig specialist. Ik moedig iedere verpleegkundig specialist aan om een internationaal congres te bezoeken.

Anne Miek Koenen, MANP, verpleegkundig specialist sarcoom en melanoom, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

In de nazomer worden uitgenodigd om mee te gaan naar het ESMO-congres in Barcelona om een podcast op te nemen over mijn expertisegebied, wie zegt daar nu nee tegen? Vijf dagen jezelf onderdompelen in een mix van kennis en connecties over het melanoom. En dan als toegift dit in een podcast opnemen en terugkoppelen aan de collega's in het land. Ik vond het een prachtige ervaring. Het ESMO-congres is groot en iedereen heeft zijn eigen specialiteit, wat inhield dat er ongeveer 30.000 deelnemers uit 178 landen in acht hallen bij elkaar kwamen, verdeeld over 208 sessies, bijna 600 sprekers en meer dan 1.800 posters: echt indrukwekkend.

Ik heb 44 sprekers gehoord over het melanoom en geprobeerd daar het interessantste van samen te vatten. Foto's en notities maken en aan het einde van de dag de belangrijkste punten uit opschrijven. Dit was nog best een klusje, en voelde soms schools aan, maar genoten heb ik zeker. Daarnaast was het verrijkend en leerzaam om met zes collega's uit het land op stap te zijn en daar met elkaar in gesprek te zijn over ons vak, de positionering en onze rol, evenals te



V VLNR: MAJORIE DE WERD, CARLIEN BUIS, SUSANNE VAN DER LINDEN EN ANNE MIEK KOENEN

horen waar men in andere landen tegenaan loopt. Een kijkje in de keuken van een ander is altijd goed.

Mijn advies is: krijg je de kans om een buitenlands congres te bezoeken, doen! Het verrijkt je kennis, vergroot je netwerk en is ook gewoon heerlijk om in een andere ambiance met je vak bezig te zijn. Netwerk VSO, dank voor de fantastische ervaring.

Carlien Buis, MSc, verpleegkundig specialist Gastro-entherapie, Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag

Ongeveer een jaar geleden werd ik gevraagd of ik mee wilde gaan naar het ESMO-congres in Barcelona. Nou, daar hoefde ik natuurlijk niet lang over na te denken. Ik vond het ESMO-congres een onwijs leerzame en leuke ervaring. Voor het eerst bezocht ik een congres in het buitenland, nog eens een megagroot congres met zo'n 30.000 bezoekers. Het was inspirerend om over de nieuwste studie-uitkomsten te horen van onderzoekers.

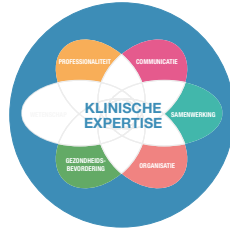
Ik had de eer om de highlights van het expertisegebied gastro-entherapie te verzamelen voor de werkpraktijk van de verpleegkundig specialisten in Nederland. De presentaties waren goed te volgen, waardoor je goed op de hoogte werd gebracht van de nieuwste ontwikkelingen in het vakgebied. Daarnaast begrijp ik nu veel beter welke rol de studies hebben voor het bepalen van een behandeling. Ook is het zinvol dat je hierover kan sparren met je collega's of medisch specialisten.

Het leuke op de ESMO is dat het aanbod groot en divers is. Het was goed om te zien op welke wijze de studies bediscussieerd werden. Ook was er veel ruimte voor het stellen van (kritische) vragen. Ook de studies met een slechte uitkomst werden besproken. Het viel me verder op dat het vaak jaren duurt voordat er uitkomsten van een studie zijn. Soms zijn er grote verwachtingen bij goede resultaten op de korte termijn, maar blijkt dat op de langere termijn helaas niet zo te zijn. Het was echt een leuke ervaring om met collega verpleegkundig specialisten, die werkzaam zijn in verschillende ziekenhuizen, over ons prachtige beroep te praten en onze expertises met elkaar te delen. En dat ook nog eens in een prachtige omgeving en alles tot in de puntjes verzorgd. Ik kan het iedere verpleegkundig specialist aanraden. Het heeft mij in elk geval, net als de architect Gaudi, geïnspireerd!

CHANTAL >
VAN DORP

< JUDITH MAAS

Maas: “Ik merk dat ik bij iedere patiënt veel tijd kwijt ben met het in kaart brengen van de voor- geschiedenis”



Dossiervorming en warme communicatie bij verwijzing binnen een oncologienetwerk

Binnen regionale oncologienetwerken krijgen patiënten zorg aangeboden in een netwerk, waarbij geldt ‘de juiste zorg op de juiste plek’. Een deel van de patiënten bezoekt daardoor voor een behandeling verschillende ziekenhuizen. Dan is het belangrijk de juiste informatie tijdig op de juiste plek te krijgen, een taak die nogal wat tijd vraagt. Verpleegkundig specialisten AGZ Judith Maas, MANP (HagaZiekenhuis, Den Haag) en Chantal van Dorp, MANP (Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden) vertellen over de (koude) gegevensoverdracht en warme communicatie bij patiënten met darmkanker binnen het regionale oncologienetwerk OncoWest.

Chantal van Dorp: “De zorg voor patiënten met darmkanker wordt steeds complexer. Hoewel de perifere ziekenhuizen in de regio van OncoWest zelf een deel van de darmkankerbehandelingen doen, worden patiënten voor complexere zorg naar het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) verwezen. Bijvoorbeeld voor orgaan-sparende behandelingen, bij erfelijke tumoren, bij colorectale levermetastasen en voor robot- en beeldgeleide chirurgie.”

Judith Maas vult aan: “In ons ziekenhuis doen we de reguliere interventies voor darm- en endeldarmkanker en een deel van de endoscopische behandeling van vroege carcinomen. Patiënten met levermetastasen en complexere darmoperaties verwijzen we naar het LUMC; patiënten met lokaal doorgroeide of recidief rectumtumoren gaan naar het Haaglanden Medisch Centrum (HMC), Den Haag. Patiënten komen na behandeling weer terug naar ons ziekenhuis. Wij zien mensen die verwezen worden dus in het diagnostisch proces en in de follow-up.”

Dossiervormer

Voor de verpleegkundig specialist komt er wel wat bij kijken als een patiënt naar een ander ziekenhuis verwezen wordt. Maas: “Ik zorg dat een dossier compleet is. Daarvoor verzamel ik informatie over de hele medische voorgeschiedenis van een patiënt en ga ik na of er ziekten in de familie voorkomen. Zo heeft het LUMC of HMC een zo volledig mogelijk beeld van de patiënt als die daar komt.”

Voor het samenstellen van het dossier moet vaak informatie opgevraagd

worden bij de huisarts, maar ook bij andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld als een patiënt in een andere zorginstelling is behandeld voor een niet aan darmkanker gerelateerd probleem. Daarbij geldt over het algemeen: hoe ouder de patiënt, hoe meer kwalen en behandelingen. Maas: “Ik merk dat ik bij iedere patiënt veel tijd kwijt ben met het in kaart brengen van de voorgeschiedenis. Niet alleen als we verwijzen, maar ook als de patiënt hier in het HagaZiekenhuis wordt behandeld. Je wilt dat alle informatie actueel is.” Uiteindelijk formuleert Maas de informatie in een brief.

Ook Van Dorp constateert dat informatie in dossiers van patiënten – verwezen via een ander ziekenhuis of direct naar hen – soms ontbreekt. “Soms is de informatie niet volledig en ontbreken bijvoorbeeld oude scans. Of we moeten zelf nog heel veel achterhalen over de medische voorgeschiedenis van de patiënt. Bij een complexe casus met veel comorbiditeit moet de informatie uit verschillende zorginstellingen of van verschillende afdelingen komen.”

Elektronische informatieoverdracht

Het bij elkaar sprokkelen van informatie gaat vaak inefficiënt. Maas: “Het grootste struikelblok is dat niet alle ict-systemen van de verschillende ziekenhuizen op elkaar aansluiten. Dan is het lastig om snel de juiste informatie te krijgen. We moeten de informatie dan opvragen.” Daar komt bij dat de gegevens nog moeten worden ingevoerd in het dossier van de patiënt. Bij elkaar een hoop administratief geregeld.

KADER 1

Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)

Sinds 1 juli 2023 is de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) in werking getreden. De wet verplicht zorgaanbieders om zorggegevens elektronisch uit te wisselen. Elektronisch uitwisselen van gegevens zorgt ervoor dat informatie over de behandeling en zorg voor patiënten sneller beschikbaar is op de juiste plek en verkleint het risico op fouten.

Ict-systemen van zorginstellingen moeten volgens de Wegiz aan bepaalde normen voldoen om met elkaar te kunnen communiceren. In deze normen zijn de eisen aan taal en techniek vastgelegd voor ict-systemen en ict-leveranciers en de eisen voor zorgaanbieders. Er worden onder meer afspraken gemaakt die regelen dat informatie met de juiste kwaliteit wordt vastgelegd, opgevraagd

en gedeeld. Aan de normen wordt momenteel hard gewerkt. Elektronische gegevensuitwisseling zal niet in één keer voor alle onderdelen van de zorg verplicht zijn. De Wegiz is een kaderwet, een wet die met aanvullende gegevens wordt uitgewerkt. In de Meerjarenagenda Wegiz is opgenomen welke gegevensuitwisselingen geschikt zijn om als eerste verplicht elektronisch te laten verlopen. Zo zijn sinds 1 januari 2024 huisartsen en apothekers verplicht om recepten (medicatieafspraken) elektronisch uit te wisselen.

Voor meer informatie:

www.gegevensuitwisselingindezorg.nl/wegiz

Dat ict-systemen niet automatisch gegevens kunnen uitwisselen heeft te maken met de verschillende talen die de systemen spreken. De Wet Elektronische Gegevensuitwisseling In de Zorg (Wegiz) die sinds 1 juli 2023 in werking is getreden, moet een einde maken aan deze Babylonische spraakverwarring tussen ict-systemen van zorginstellingen (zie *Kader 1*). De wet verplicht straks dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners elektronisch verloopt. “Dat zou prettig zijn en ons veel werk schelen”, zegt Maas. Zorgaanbieders kunnen echter nu al zorggegevens uitwisselen via het Zorgplatform, een service die het mogelijk maakt patiëntgegevens bij een andere zorginstelling in te zien (zie *Kader 2*).

Warme communicatie

Hoewel de communicatie tussen de ict-systemen van zorginstellingen nog te wensen overlaat, gaat de menselijke communicatie tussen de ziekenhuizen van OncoWest juist heel goed. Van Dorp: “Ik merk dat we als zorgverleners elkaar goed weten te vinden; de onderlinge lijntjes zijn kort. Dat geldt voor zowel verpleegkundig specialisten als medisch specialisten, hoewel de verpleegkundig specialisten wel laagdrempeliger bereikbaar zijn. We kunnen de behandelingen goed op elkaar afstemmen en verwijzen in de regio ook veel naar elkaar, zodat de patiënt de beste zorg krijgt.”

Die korte lijntjes zijn tevens belangrijk voor de warme overdracht van patiënten. Van Dorp: “Dan gaat het meer over de psychosociale aspecten van een patiënt en niet zozeer over de medische kant. Natuurlijk staat daar ook wat over in de overdrachtsbrief, maar het is goed om dat ook onderling te bespreken.” Maas vult aan: “Het is voor mij ook fijn om te horen dat alle informatie is aangekomen en dat Chantal de zorg van de verwezen patiënt oppakt.”

Beide verpleegkundig specialisten zorgen dat ook de patiënt goed op de hoogte blijft. Maas: “Ik geef aan de patiënt door wie hun contactpersoon wordt in het LUMC.” Van Dorp: “En ik neem daarna contact op met de patiënt om te laten weten dat ik alles heb ontvangen uit

het verwijzende ziekenhuis. Ik merk dat patiënten het prettig vinden om te horen dat alles loopt en dat wij de zorg hebben opgepakt.”

Kennislusten

De dossiervorming kan als last worden gezien, maar de samenwerking heeft vooral voordelen. Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de

KADER 2

Zorgplatform

Zorgplatform is een service die ondersteuning biedt voor transmurale samenwerking in de zorg. Samenwerkende zorginstellingen kunnen via Zorgplatform eenvoudig (gestructureerde) gegevens uitwisselen. Zorginstellingen hoeven daarvoor niet hetzelfde informatiesysteem (HiX, Epic, Nexus) te gebruiken. Via Zorgplatform kunnen zorginstellingen ook gegevens uitwisselen met e-health-toepassingen (bijvoorbeeld apps voor thuismonitoring) en de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO, een app of website waar een patiënt zelf zijn medische gegevens kan verzamelen) van patiënten. Niet alleen ziekenhuizen kunnen aansluiten bij Zorgplatform, maar ook huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties en zelfstandige behandelcentra. Wel moet een zorginformatiesysteem gegevens gestructureerd en volgens (inter)nationale standaarden kunnen versturen en ontvangen.

Voor meer informatie:

www.chipsoft.com/nl-NL/oplossingen/148

verpleegkundig specialist. Maas: “Doordat patiënten tijdelijk worden overgedragen naar een ander centrum, raak je patiënten niet kwijt, want ze komen weer terug. En het is boeiend, want je leert daardoor meer over behandelingen die elders worden gedaan, inclusief de behandelingen in studieverband.”

Van Dorp vult aan: “Vanuit het LUMC willen we echt partner en aanspreekpunt zijn voor de ziekenhuizen in onze regio. Daarbij bieden we de zorg voor complexere situaties, maar hebben we ook een adviserende rol.” “Het voelt echt als samenwerken met elkaar”, concludeert Maas. | [Dr. Marijke van Oosten](#), wetenschapsjournalist

Tarieven voor dienstverlening en transparantieregister

Verpleegkundig specialisten verlenen soms diensten aan farmaceutische bedrijven. Zij worden bijvoorbeeld gevraagd om hun medewerking aan een interview, webinar of symposium. Daar kan een vergoeding tegenover staan, maar deze mag niet buitensporig zijn. Daarom houdt de Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) maximumtarieven aan voor vergoeding van diensten voor een farmaceutisch bedrijf (zie *Tabel 1*).¹ De verpleegkundig specialist heeft een masteropleiding en valt daardoor onder categorie 4.

Dienstverleningsovereenkomst

Indien een zorgverlener een dienst verleent voor een farmaceutisch bedrijf, dan hoort dat in een contract te worden vastgelegd. Het contract wordt ook wel dienstverleningsovereenkomst (DVO) genoemd. In het contract moet staan wat de dienst inhoudt, van welk niveau de dienst is en welke vergoeding daar tegenover staat. Ook als er geen vergoeding tegenover staat, is een DVO verplicht.

Ondertekening door Raad van Bestuur (RvB)

Sinds 1 januari 2024 is voor het verlenen van een dienst toestemming nodig van de Raad van Bestuur (RvB) van de zorginstelling waar de zorgverlener werkzaam is.² Indien de zorgverlener aan meer dan één instelling is verbonden, dan volstaat de toestemming van één RvB. Dat dient dan wel de RvB te zijn van de instelling waarvoor de betreffende dienstverleningsovereenkomst het meest relevant is. De betrokken zorgverlener dient de RvB van de andere instelling wel te informeren. De toestemming van de RvB moet blijken uit medeondertekening van de instelling onder de overeenkomst.

Het jaar 2024 wordt gezien als een overgangsjaar. Farmaceutische bedrijven krijgen een jaar de tijd om de eigen procedures op gang te hebben.³ De toestemming van de RvB van het ziekenhuis is en blijft vereist in 2024. De zorgverlener die de dienstverleningsovereenkomst aangaat is verantwoordelijk voor het verkrijgen van de toestemming. Volgens de *Handreiking Governance financiële relaties zorgprofessionals en industrie 2.0* van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen/Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra/Federatie Medisch Specialisten hoeft de schriftelijke toestemming niet per se door medeondertekening van de overeenkomst verkregen te worden, maar kan apart worden geadmistreerd.⁴ Deze situatie geldt voor 2024.

Transparantieregister Zorg

Betalingen worden in principe openbaar gemaakt in het Transparantieregister Zorg en blijven daar drie jaar in staan.⁵ Dat geldt ook als de vergoeding niet naar de zorgverlener gaat, maar naar de instelling. De vermelding blijft alleen achterwege als een zorgprofessional in een jaar € 500,- of minder ontvangt van een farmaceutisch bedrijf. Dat geldt per bedrijf per jaar.

Referenties

1. Stichting CGR. Tarieven dienstverlening. Te raadplegen via www.cgr.nl/nl-NL/Financiële-relaties-zorg-nl
2. Regels aannemen financiële vergoedingen leveranciers gewijzigd. Te raadplegen via <https://www.knmg.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/regels-aannemen-financiële-vergoedingen-leveranciers-gewijzigd>
3. Interne transparantie. Te raadplegen via <https://cgr.nl/nl-NL/Veelgestelde-vragen/Interne-transparantie>
4. Handreiking Governance financiële relaties zorgprofessionals en industrie 2.0. Te raadplegen via https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2023-02/handreiking_governance_financi%C3%ABle_relaties_zorgprofessionals_en_industrie.pdf
5. Stichting Transparantieregister Zorg. Te raadplegen via www.transparantieregister.nl/home

Tabel 1. Maximum uurtarieven voor de verschillende categorieën zorgprofessionals, ingedeeld naar (vervolg)opleiding voor 2024.¹

Categorie	Maximum uurtarief 2024
1. Hoogleraar	€ 284
2. Universitair + geneeskundige vervolgoeding > 3 jaar	€ 199
3. Universitair + geneeskundige vervolgoeding ≤ 3 jaar	€ 142
4. Universitair/master zonder geneeskundige vervolgoeding	€ 121
5. HBO/bachelor	€ 107
6. Overig	€ 92



Reisbereidheid medisch oncologische patiënten

Concentratie van oncologische zorg en netwerkzorg zijn belangrijke doelen van het Integraal Zorgakkoord. Mogelijk moeten patiënten met een oncologische aandoening daardoor in de toekomst langer reizen voor een behandeling. Maar zijn patiënten daar wel toe bereid? En wat zouden belemmeringen kunnen zijn voor een (langere) reis? Internist-oncoloog drs. Elianne de Boer uit Isala in Zwolle deed een flashmob-onderzoek naar de reisbereidheid van medisch oncologische patiënten. Het blijkt dat lang niet alle patiënten bereidwillig zijn om verder te reizen voor hun behandeling.

Binnen de NVMO werd al langer door leden aangegeven dat er patiënten zijn die nu al moeite hebben met reizen voor hun behandeling. Elianne de Boer: “We wilden een keer goed onderzoeken in hoeverre patiënten bereid zijn te reizen voor hun medisch oncologische behandeling. Door de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord (IZA), waardoor patiënten misschien nog langer moeten reizen, is het onderzoek in een stroomversnelling geraakt. Dit onderzoek is vanuit de NVMO geïnitieerd en uitgevoerd in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK).” De resultaten zijn eind vorig jaar gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.¹

Flashmob-studie

Bij het onderzoek waren 65 ziekenhuizen betrokken. Op twee dagen (13 en 14 maart 2023) werden in deze ziekenhuizen alle patiënten die die dagen op de polikliniek Oncologie kwamen, of een telefonische afspraak hadden, of op de dagbehandeling kwamen en onder behandeling waren van een internist-oncoloog benaderd om te vragen of zij aan het onderzoek wilden deelnemen. Voor het onderzoek moesten zij op papier of digitaal vragen beantwoorden. “Op die manier konden we in twee dagen data verzamelen van 4.337 patiënten”, zegt De Boer. “Een kenmerk van een flashmob-studie.”

De vragen gingen over de reisbereidheid – gedefinieerd als de tijd die patiënten wilden reizen –, maar ook over strubbelingen die patiënten tijdens een reis naar het ziekenhuis ondervonden. “Wat bij de resultaten vooral opviel, was dat 72% van ondervraagde patiënten voor

hun huidige behandeling minder dan 30 minuten reist voor een enkele reis.” Op de vraag of patiënten bereid zijn om langer te reizen voor hun huidige behandeling gaf 31% aan niet langer dan 30 minuten te willen reizen, 42% gaf aan 30 tot 60 minuten te willen reizen en 20% langer dan een uur. Als het om gespecialiseerde zorg gaat, dan is de reisbereidheid hoger. “Maar dan nog wil ruim de helft niet langer dan een uur reizen en wil 15% zelfs niet langer dan 30 minuten reizen”, vertelt De Boer. “Deze mensen wil je echter niet tekort doen. Je wilt dat ook deze groep toegang tot medisch oncologisch zorg blijft houden.”

Reisproblemen

Dat mensen niet te lang willen reizen kan aan verschillende factoren liggen. De Boer: “We hebben vijf vragen gesteld over de dagelijkse bezigheden van patiënten. Daardoor konden we een idee krijgen van hun fysieke functioneren. We zagen dat patiënten die fysiek minder goed functioneerden een lagere reisbereidheid hadden. Ook een hogere leeftijd ging samen met een lagere reisbereidheid, evenals een lager opleidingsniveau.”

“Als het om gespecialiseerde zorg gaat, dan is de reisbereidheid hoger, echter 15% wil niet langer dan 30 minuten reizen”

“Ten aanzien van declaratie van reiskosten is het belangrijk dat wij als zorgverleners patiënten hierover (blijven) informeren”



▲ ELIANNE DE BOER

De Boer en collega's onderzochten ook of patiënten problemen ondervonden bij reizen naar het ziekenhuis. Van alle ondervraagden ervoer 22,5% soms en 7,5% vaak tot altijd problemen met reizen. Bij verdere uitvraag naar deze problemen gaven patiënten aan dat zij zich een last voor anderen voelden of zich te ziek of te moe voelden om te reizen. Van de patiënten die reisproblemen ervoeren, had het merendeel een fysiek verminderd functioneren.

Reiskostenvergoeding

Een vijfde van de ondervraagden die reisproblemen ervoeren noemde hoge reis- en parkeerkosten als een probleem. Uit een recente peiling van de NFK onder mensen die kanker hebben of hebben gehad, blijkt dat een groot deel van de (ex)patiënten niet op de hoogte is van het feit dat zij reiskosten voor reizen van en naar het ziekenhuis kunnen declareren bij de zorgverzekeraar.² Minder dan de helft van de respondenten weet dat er voor eigen vervoer reiskosten gedeclareerd kunnen worden bij ziekenhuisbezoek voor bepaalde oncologische behandelingen.

“We weten niet in hoeverre patiënten die in onze flashmob-studie aangaven dat zij reiskosten als probleem zagen ervan op de hoogte

waren dat zij reiskosten kunnen declareren bij de zorgverzekering”, zegt De Boer. “Dit onderstreept het belang van de samenwerking met de NFK. Het gezamenlijke doel is om goede zorg bereikbaar te houden voor alle oncologische patiënten.

Ten aanzien van declaratie van reiskosten heeft de NFK al aangegeven dat de procedure bij de zorgverzekeraar duidelijker moet zijn. Het is ook belangrijk dat wij als zorgverleners patiënten hierover (blijven) informeren.”

Netwerkgang

Om oncologische zorg voor alle patiënten bereikbaar te houden, is het belangrijk om mensen alleen verder te laten reizen indien dit noodzakelijk is. Een belangrijke oplossing is het bieden van netwerkgang. De Boer: “Door overleg met andere centra, waaronder een gespecialiseerd centrum, kun je specialistische kennis dichterbij de patiënt brengen. De patiënt hoeft dan niet per se naar een ander ziekenhuis. Diagnostiek, behandeling en follow-up kunnen dan zoveel mogelijk in het eigen ziekenhuis blijven plaatsvinden. Chemotherapie bijvoorbeeld, hoeft niet per se in een academisch ziekenhuis gegeven te worden.”

Welke oplossingen het beste passen voor het reisprobleem verschilt volgens De Boer per regio. “In het westen van Nederland zijn meer ziekenhuizen en liggen ziekenhuizen dichterbij elkaar dan in bijvoorbeeld Noordoost-Nederland. Dat betekent dat verdere centralisatie van zorg daar een andere impact heeft op de reisafstand. Voor alle ziekenhuizen geldt echter dat als oncologische zorg verplaatst wordt, dit impact heeft voor het hele ziekenhuis. Ook kan de zorg versnipperd raken voor de individuele patiënt als hij/zij voor andere diagnoses in een ander ziekenhuis behandeld wordt.”

IZA-vervolggesprekken

De Boer verwacht dat bij vervolgesprekken over het IZA rekening gehouden gaat worden met de reisbereidheid van patiënten. “Oncologische zorg moet wel voor alle patiënten in Nederland bereikbaar blijven. Vaak wordt iets op papier bedacht, maar pakt dat in de praktijk anders uit. Bovendien kun je bij centralisatie van zorg niet alle oncologische zorg over één kam scheren. Een chirurgische behandeling is vaak eenmalig. Maar voor bepaalde behandelingen, zoals chemotherapie, moeten patiënten frequent en soms meerdere jaren naar het ziekenhuis komen. Dat heeft wel impact op de reisbereidheid. We hebben dit nu inzichtelijk gemaakt door ons flashmob-onderzoek. Het zou ook zeer interessant zijn om te weten hoe verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen tegen verdere concentratie van zorg aankijken. Wat betekent dit voor hun werkzaam-

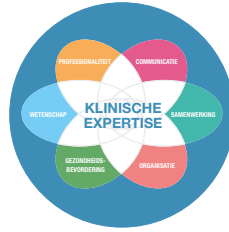
“Oncologische zorg moet wel voor alle patiënten in Nederland bereikbaar blijven. Vaak wordt iets op papier bedacht, maar pakt dat in de praktijk anders uit”

heden? Indien zorg verplaatst wordt, zijn zij dan bereid verder te reizen om deze zorg te blijven uitvoeren? Zij zijn namelijk cruciaal voor de medisch oncologische zorg”, besluit De Boer. | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

Referenties

1. De Boer EC, et al. Ned Tijdschr Geneeskd 2023;167:D7989.
2. Kankerzorg in het ziekenhuis of op een andere plek, wat vind jij? Deel 2: reiskostenvergoeding. Te raadplegen via nfk.nl/inzichten/doneer-je-ervaring-peilingen/kankerzorg-in-het-ziekenhuis-of-op-een-andere-plek-wat-vind-jij-deel-2-reiskostenvergoeding





Oog voor de palliatieve patiënt

Jill Hamers is verpleegkundig specialist AGZ in het Expertisecentrum Palliatieve zorg van het Maastricht UMC+. Met de proactieve-zorgplanningspoli wil ze patiënten en hun naasten beter begeleiden in wat de palliatieve fase van hun ziekte betekent.

Jill Hamers werkt als verpleegkundig specialist in het Expertisecentrum Palliatieve Zorg Maastricht UMC+ (MUMC+). Het team werkt transmuraal. “Wij geven telefonisch advies aan professionals met vragen over palliatieve zorg, ongeacht het ziektebeeld of de verblijfplaats van de patiënt”, vertelt ze. “We nemen de behandeling van de patiënt niet over. Indien nodig bezoeken wij de patiënt aan bed, thuis, in het ziekenhuis, verzorgings- of verpleeghuis of hospice.” Ze had al meerdere functies achter de rug voordat ze besloot om de opleiding tot verpleegkundig specialist te gaan volgen. Ze is verloskundige geweest en verpleegkundige op de longafdeling van

MUMC+. “Ik werd gevraagd om te solliciteren. Wel had ik vrij recent nog een vervolgcursus gedaan op het gebied van palliatieve zorg en op basis daarvan dacht ik: als ik een volgende stap wil zetten, zal het in die richting zijn.”

Pittig

Van die stap heeft ze zeker geen spijt gehad, zegt ze nu. “Wel was het in het begin pittig”, erkent ze. “Door corona en daarna mijn zwangerschapsverlof was het niet mogelijk al te starten bij het palliatief team voordat de opleiding begon. Dat maakte de start van

v JILL HAMERS



“Tijdens de poli gaan we aan de hand van de I-HARP die patiënten vooraf ontvangen, in op hun - dus palliatieve-zorgbehoeften en wensen ten aanzien van de toekomstige zorg”

JILL HAMERS >

“Wij geven telefonisch advies aan professionals met vragen over palliatieve zorg, ongeacht het ziektebeeld of de verblijfplaats van de patiënt”

de opleiding wel lastig, want ik had het gevoel dat ik een achterstand moest inhalen ten opzichte van studiegenoten die die praktijkervaring al wel hadden. Dat is overigens goed gelukt.”

In de opleiding leer je ook jezelf kennen, zegt ze. “Je verlegt je grenzen. Ik ben zekerder geworden en besef nu dat ik meer kan dan ik vooraf dacht. Daarnaast werd ik op het werk goed begeleid en kreeg ik ook de ruimte om te studeren. Ik hoor ook van collega’s dat ik in het eerste jaar sinds ik mijn diploma heb echt gegroeid ben, zowel in de inhoud als in de overkoepelende taken. Dat geeft vertrouwen.”

Meer nodig

Op de longafdeling kreeg Hamers al veel te maken met palliatieve patiënten. “Bij de longkankerpatiënten bestond veel aandacht voor palliatieve zorg, maar bij de chronische ziekten – COPD en hartfalen – was dit minder het geval”, vertelt ze. “De vervolgcursus die ik had gedaan over palliatieve zorg deed me inzien dat deze groep meer begeleiding nodig had. Deze mensen moeten zich bewust zijn van het feit dat ze een ziekte hebben waaraan ze misschien gaan overlijden. Daarvoor begint nu gelukkig meer aandacht te komen. Ook in het multidisciplinaire overleg (MDO), waarin zowel de hartfalenverpleegkundige als de geestelijk verzorger een duidelijke plaats hebben. We kunnen er in het MDO op wijzen wanneer het zinvol is de patiënt eens naar onze proactieve-zorgplanningspoli te laten komen, die als gevolg van mijn masterthesis werd opgestart. Daar bespreken we met de patiënt en diens naasten hoe de situatie ervoor staat.”

Handvat

Tijdens mijn onderzoek speelde de in het MUMC+ ontwikkelde I-HARP-vragenlijst¹ een belangrijke rol.¹ “Deze biedt handvatten om het gesprek over palliatieve zorg aan te gaan”, zegt ze. “Aansluitend aan de ontslagpoli hartfalen door de cardioloog werd een gesprek aan de hand van de I-HARP door een hartfalenverpleegkundige gepland. Hierin gaven patiënten aan veel lichamelijke klachten te ervaren, maar ook angst, onbegrip bij naasten of onzekerheid over de toekomst met hartfalen. Het gesprek hierover aangaan bleek voor de hartfalenverpleegkundige niet eenvoudig. Daarom hebben we besloten hierin samen op te trekken. Zo leer ik meer over hartfalen en zij meer over gespreksvoering en proactieve zorgplanning. We vullen elkaar aan.”

De poli is, in deze vorm, pas van start gegaan. “Tijdens de poli gaan we aan de hand van de I-HARP die patiënten vooraf ontvangen, in

op hun - dus palliatieve-zorgbehoeften en wensen ten aanzien van de toekomstige zorg. Bijvoorbeeld: willen patiënten bij een volgende decompensatio cordis opnieuw ingestuurd worden met risico op overlijden in het ziekenhuis, of blijven ze liever thuis om te overlijden met goede palliatieve zorg? Hierbij bespreken we ook met de patiënt wat dan de mogelijkheden zijn. Deze poli proactieve zorgplanning cardiologie vindt eenmaal per twee weken in de middag plaats. We nemen tijdens de poli ruim de tijd, een uur per patiënt, waardoor we drie patiënten per polimiddag kunnen plannen.”

Tot nu toe zijn in de poli vijf patiënten gezien. “Ik doe dit als verpleegkundig specialist Palliatieve zorg samen met een verpleegkundig specialist Hartfalen of hartfalenverpleegkundige. Nu willen we vooral nog leren van elkaar, maar wellicht dat we op den duur deze poli alleen kunnen doen. Op dit moment kunnen we nog niet zeggen of de poli de kwaliteit van leven van de patiënt in de palliatieve fase verbetert. Wel blijkt uit onderzoek dat proactieve zorgplanning bij patiënten met hartfalen de kwaliteit van leven en de tevredenheid van patiënten over zorg aan het einde van het leven verbetert.”

Persoonlijke ontwikkeling

Op haar afdeling werkt Hamers met een gespecialiseerd verpleegkundige en twee verpleegkundig specialisten in opleiding. “Ik ervaar heel veel ruimte om me in mijn functie te ontwikkelen”, zegt ze. “Ook word ik gestimuleerd om aan landelijke werkgroepen deel te nemen. Dat doe ik op dit moment nog niet, omdat ik nog niet de ruimte daartoe ervaar bij mezelf. Ik ben nog intern veel ervaring aan het opdoen. Ik overweeg een dergelijke deelname wel, want ik denk dat het goed is kennis uit te wisselen met collega’s in andere ziekenhuizen. Ik heb wel al aan collega’s van het Amsterdam UMC gevraagd hoe zij de palliatieve zorg hebben vormgegeven in EPIC, want we stappen zelf nu net over van SAP naar dit EPD. Ook zij vinden het leuk om in elkaars keuken te kijken. We gaan binnenkort afspreken.”

In huis hebben de verpleegkundig specialisten een eigen netwerk. “Daarmee worden we op de hoogte gehouden van nascholingen”, zegt ze. “Ook organiseren we refereeravonden.”

Vijf jaar

Ervaren verpleegkundig specialisten zeggen wel dat vijf jaar nodig is om het vak volledig eigen te maken. “Ik denk dat dit waar is”, zegt Hamers. “Je kennis neemt steeds toe en je hebt ook andere verantwoordelijkheden dan je als verpleegkundige hebt. Je moet groeien in de rollen die daarmee gepaard gaan. Onderwijs geven bijvoorbeeld, en een rol spelen in netwerken. In het eerste jaar ligt je focus echt op het uitoefenen van je werk, die andere rollen zullen in de volgende jaren meer tot ontwikkeling komen.”


Samen met de collega met wie ze de proactieve-zorgplanningspoli doet, denkt ze na over de vraag hoe een vervolg kan worden gegeven aan haar masterthesis. “We hebben nog geen concreet onderzoeksplan, maar denken al wel na over een mogelijke opzet.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)

Referentie

1. I-HARP. Te raadplegen via palliatievezorg.mumc.nl/onderzoek/i-harp

“In het eerste jaar ligt je focus echt op het uitoefenen van je werk, die andere rollen zullen in de volgende jaren meer tot ontwikkeling komen”

SANDRA JANSSEN >



“De afspraak hier in huis is om bij de opleiding van een verpleegkundig specialist nu altijd de begeleiding door een medisch specialist én een verpleegkundig specialist te laten doen”



Volop ontplooiingsmogelijkheden in een klein ziekenhuis

Als verpleegkundig specialist AGZ werken in een klein ziekenhuis heeft voordelen, ervaart Sandra Janssen, MSc. In het St. Jans Gasthuis te Weert krijgt zij volledig de ruimte om invulling te geven aan het vak. Dat ze zelf de oprichting van de mammapoli voor haar rekening kon nemen, heeft hier veel mee te maken.

Sandra Janssen werkt nu 34 jaar in het St. Jans Gasthuis (SJG) in Weert. “De kleinschaligheid spreekt me aan. De lijnen zijn kort.” Ze werkte lang op de afdeling Chirurgie. “Daar trok de oncologie en vooral het ziektebeeld borstkanker me altijd al aan”, zegt ze. “Ook in dit kleine ziekenhuis behandelen we vrij veel mensen met borstkanker. Heel soms gaat een patiënt naar het Maastricht UMC+ als die in een studie wordt geïncludeerd. Maar ook dan zijn de lijnen kort en krijgen we altijd een goede terugkoppeling.”

Mammapoli

Janssen volgde de mammacare-opleiding en later ook nog de hbo-kaderopleiding gezondheidszorg. Sinds 1996 werkte ze samen met nog twee andere collega's om de drie weken twee dagdelen op de mammacarepoli. “In dit spreekuur gaf ik informatie over de operatieve ingreep die een patiënt moest ondergaan in het kader van de diagnose borstkanker”, vertelt ze.

“Tijdens de kaderopleiding leerde ik projectplannen te schrijven en zo schreef ik ook een projectplan Mammapoli nieuwe stijl. In 2006 ging die van start. Op deze poli kon ik als mammacareverpleegkundige onder supervisie van de chirurg het hele diagnostische traject doen.

“We hebben geen artsen in opleiding, dus ik krijg de ruimte om het hele traject van diagnostiek tot en met de follow-up in eigen hand te houden”

Omdat ik me verder wilde verdiepen in het medische aspect en klinisch redeneren, besloot ik om de masteropleiding tot verpleegkundig specialist te volgen. Wat ik daar geleerd heb, kan ik dagelijks toepassen in de praktijk. Chemotherapie bijvoorbeeld kan leiden tot pneumonie, trombose of hartklachten. Je moet dus alert zijn als de patiënt een klacht meldt. Een ander voorbeeld: een middel dat je voorschrijft tegen misselijkheid past niet altijd bij de thuismedicatie die de patiënt al krijgt.”

Dergelijke aspecten van klinisch redeneren legt ze ook uit aan verpleegkundigen die zich afvragen waarvoor ze nog de opleiding tot verpleegkundig specialist nodig zouden hebben. “Je weet veel nog niet”, zegt ze. “Als je volledig zelfstandig wilt werken op een poli, moet je de MANP-opleiding doen.”

Begeleiding bieden

Haar afstudeeropdracht in 2006 ging over de kwaliteit van leven bij antihormonale of endocriene therapie. “Mensen zien op tegen de bijwerkingen ten gevolge van chemotherapie en kunnen denken dat antihormonale of endocriene therapie meevalt. Dat is niet zo, dus daar spreek ik ook over met ze. Het is weliswaar ‘maar één tabletje per dag’, maar als je daar bijwerkingen van hebt, heb je die wel vijf, zeven of zelfs tien jaar.”

Ze deed ook onderzoek naar de therapietrouw van vrouwen die therapie kregen. “Die bleek over het algemeen goed”, zegt ze. “Maar patiënten krijgen wel problemen zoals opvliegers of depressie en – vooral bij jongere vrouwen – problemen met intimiteit en seksualiteit. Zaken die echt invloed hebben op de kwaliteit van leven dus. De grote waarde van werken in het volledige zorgpad mammacarcinoom is dat ik patiënten tijdens hun hele zorgtraject volg.”

In de opleiding tot verpleegkundig specialist is ze begeleid door de chirurg met wie ze al samenwerkte. “Mooi vond ik dat die zei dat hij

veel leerde over hoe ik met patiënten communiceer”, vertelt ze. “Dat zag ik later terug in zijn handelen. Die invloed kun je dus ook hebben.”

Combinatie

In de praktijk ervaart Janssen dagelijks hoe belangrijk de combinatie van het medische en verpleegkundige domein is. “De psychosociale klachten van patiënten zijn net zo belangrijk als de lichamelijke”, zegt ze. “Ik zie soms dat verpleegkundig specialisten in andere domeinen dat een beetje uit het oog verliezen en te veel op het medische willen zitten. De afspraak hier in huis is om bij de opleiding van een verpleegkundig specialist nu altijd de begeleiding door een medisch specialist én een verpleegkundig specialist te laten doen. Dat voorkomt dit probleem en dat is heel belangrijk, want het is juist de combinatie die ons vak zo waardevol maakt.”

Op dit moment is in het SJG Weert één verpleegkundig specialist in opleiding, voor de hematologie. Binnenkort start een tweede voor longoncologie, omdat het SJG Weert nu ook immunotherapie mag geven. Op de mammapoli heeft Janssen één collega verpleegkundig specialist. Op andere afdelingen werken wel physician assistants, maar geen verpleegkundig specialisten.

Volledig zorgpad mammacarcinoom

Janssen ervaart dat ze haar vak als verpleegkundig specialist over de volle breedte kan invullen. “Hierin speelt een rol dat we geen opleidingsziekenhuis zijn”, vertelt ze. “We hebben geen artsen in opleiding, dus ik krijg de ruimte om het hele traject van diagnostiek tot en met de follow-up in eigen hand te houden. En als patiënten die bezig zijn met chemotherapie thuis problemen ervaren, kijk ik of er wat moet gebeuren en of de patiënt mogelijk naar de spoedeisende hulp moet. Die vrijheid spreekt me aan. En de patiënt ervaart meerwaarde van het feit dat ik het volledige zorgpad doe. Ik hoef bijvoorbeeld na het chirurgische traject de patiënt niet over te dragen aan een collega van de medische oncologie.”

Inmiddels doet ze niet meer alleen de mammaoncologie, maar ook andere tumortypen waarbij systeemtherapie wordt gegeven. Een goede aanvulling, vindt ze.

Deskundigheidsbevordering

In het kader van deskundigheidsbevordering geeft Janssen in huis nascholingen aan verpleegkundigen over de ontwikkelingen in de oncologische zorg. “Onlangs gaf ik ook op de afdeling Medische beeldvorming een bijscholing over het volledige behandeltraject dat de patiënt met borstkanker doorloopt. Dan hebben ook zij een beeld van waar de patiënt het over heeft als die daar wat over vertelt.”

In het regionale netwerk OncoZON, waarvan het SJG Weert onderdeel is, is ze samen met de verpleegkundig specialist van het Elkerliek te Helmond gedeeld voorzitter van de werkgroep Mamma voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. “We gaven daarin recentelijk een scholing over vitaliteit en weerbaarheid voor mammacareverpleegkundigen, oncologieverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten”, vertelt ze.

“Kort geleden ontving OncoZON de Europese OECl-accreditatie. Aanbeveling daarbij was oncologiebreed meer aandacht te geven aan de verpleegkundigen met de specialisatie oncologie en verpleegkundig specialisten. Ik ben gevraagd mee te denken over hoe we dit kunnen vormgeven.”

Multidisciplinair overleg

Tweemaal per week is er een multidisciplinair overleg (MDO) met het mammateam over diagnoses en behandelplannen. Janssen: “Ik bereid het voor en breng patiënten in. We bespreken de diagnostiek en formuleren samen de behandelopties. Daarna bespreken we die met de patiënt en naasten en komen we gezamenlijk tot een besluit.” Ze neemt ook deel aan twee andere MDO's. “Eens per twee weken het MDO OncoReva. Hierin bespreken de verpleegkundig specialisten en casemanagers met de medisch psycholoog, medisch maatschappelijk werker, revalidatiearts, sportarts en oncologisch fysiotherapeut patiënten met psychosociale en lichamelijke klachten als gevolg van de diagnose en behandelingen.

Ten slotte is er eens per maand een MDO klinische genetica met de oncologisch chirurg, verpleegkundig specialist en klinisch geneticus van het MUMC+. Hierin bespreken we alle uitslagen van DNA-first, kijken we of nog aanvullend DNA-onderzoek is aangewezen en of extra controleadviezen voor familieleden gelden. Bij een afwijkende uitslag ontvangt de patiënt rechtstreeks een uitnodiging voor een afspraak bij de klinisch geneticus.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)



“Er moet meer aandacht komen voor obstipatie in de palliatieve fase”

Obstipatie is een bekende bijwerking van opioïden en een veelvoorkomend klinisch probleem in de palliatieve fase. Het kan leiden tot een delier of ziekenhuisopname, en heeft een grote impact op de kwaliteit van leven. Longarts dr. Sander de Hosson (Wilhelmina Ziekenhuis Assen en zorgplatform Carend) benadrukt het belang van tijdige aandacht om dit probleem te voorkomen.

Obstipatie is een groot, veelvoorkomend probleem, vertelt Sander de Hosson. “Studies laten zien dat het bij 71% van alle patiënten in de palliatieve fase voorkomt. Immobilisatie in combinatie met opioïd-gebruik zijn bekende risicofactoren, naast een slechtere inname van vocht en voeding. Als al deze factoren aanwezig zijn, kan snel obstipatie ontstaan.”



▲ SANDER DE HOSSON

Delier ligt op de loer

Door de obstipatie kunnen weer andere problemen optreden, vertelt hij. “Wat ik heel vaak zie als mensen geobstipeerd raken in de palliatieve en ook in de stervensfase, is dat een delier – verwardheid en hallucinaties – makkelijk op de loer ligt. Obstipatie is een van de belangrijkste oorzaken van delier, zeker in combinatie met opioïd-gebruik.”

Ook in de thuissituatie kunnen mensen heel moeizame ontlasting hebben en bedlegerig worden, waardoor ze nog verder achteruitgaan. “De spijsvertering is een vitaal onderdeel van ons functioneren. Als die niet goed verloopt, zie je vaak dat het functioneren als een kaartenhuis ineenstort en mensen naar het ziekenhuis moeten. Dat heeft een enorme impact op de kwaliteit van leven van deze mensen, en brengt ook de nodige kosten voor de maatschappij met zich mee.”

Verpleegkundige maatregelen

Bij het gebruik van opioïden is de vuistregel om ook gelijktijdig met een laxans te starten. “Dat gebeurt gelukkig ook wel. Apothekers alarmeren daar ook op. De opvangroutes zijn er wel in de zorg, maar

het is belangrijk om hier vroegtijdig aandacht voor te hebben.” Verpleegkundigen hebben daarbij een belangrijke rol, vindt hij. “Tijdens een visite spreekt een patiënt eerst met een verpleegkundige en dan zijn voedsel- en vochtinname en ontlasting altijd wel een onderwerp.” Het tegengaan van obstipatie begint bij een goede inname van vocht en vezelrijke voeding. “Het is belangrijk om dat te adviseren aan de patiënt. Daarnaast proberen we mensen te laten bewegen als dat mogelijk is. Op een verpleegafdeling zien we soms dat mensen op een postoeel moeten; gebrek aan privacy is ook een factor die kan leiden tot obstipatie. Je kunt kijken of er verpleegkundige maatregelen zijn om dit probleem te voorkomen”, adviseert De Hosson.

Medicinale behandelingen

De belangrijkste medicijnen om obstipatie te voorkomen of behandelen zijn laxantia. “Daarvan zijn er twee vormen: contactlaxantia die het darmslijmvlies prikkelen, waarvan bisacodyl de bekendste is, en osmotische laxantia, zoals macrogol en lactulose. Bij fecale impactie kun je dat manueel verwijderen, maar het wordt ook gedaan met bijvoorbeeld een microklysma of een hoog opgaand klysma.”

Als dat soort maatregelen niet werken, zijn er nog escape-mogelijkheden in de vorm van opioïdreceptorantagonisten. De Hosson: “Naloxegol (Moventig®) heeft vaak de voorkeur vanwege de orale toediening. Daarnaast is er methylnaltrexon (Relistor®), dat subcutaan wordt toegediend.” In september 2024 komt in Nederland een nieuwe opioïdreceptorantagonist op de markt onder de naam Rizmoic® (naldemedine), dat eenmaal daags als een tablet kan worden ingenomen. Dit middel is ook bij maligne pijn onderzocht. “Het is goed dat er nieuwe medicijnen komen en nieuwe ontwikkelingen zijn”, vindt De Hosson. “Uiteindelijk gaat het om de beste kwaliteit van leven én van sterven.” | Dr. Astrid Danen, wetenschapsjournalist.

Zie voor de meest voorkomende bijwerkingen van naldemedine de verkorte samenvatting van de productkenmerken Rizmoic® op pagina 36 van deze uitgave.

Deze bijdrage is financieel mogelijk gemaakt door Viatrix.



Bent u geïnteresseerd in het volledige interview met dr. Sander de Hosson over obstipatie in de palliatieve fase, scan de QR-code en beluister de volledige podcast.



Steeds meer zorg op maat door moleculaire diagnostiek

Moleculaire diagnostiek is bij veel kankertypen een belangrijk onderdeel van de diagnostische work-up. Vaak worden alleen bepaalde genen onderzocht op specifieke DNA-afwijkingen, omdat de aan- of afwezigheid daarvan bepaalt of een doelgerichte therapie zinvol is of niet. Maar in bepaalde gevallen is het zinvol om het gehele DNA van een tumor te onderzoeken, vertelt verpleegkundig specialist AGZ Interne oncologie Andrea van Puffelen, MSc, uit het Erasmus MC te Rotterdam.

“In de oncologie gebruik je moleculaire diagnostiek om te kijken of er DNA-afwijkingen in de tumorcellen aanwezig zijn. Een doelgerichte therapie kan alleen effectief zijn als een tumor een bepaalde DNA-afwijking juist wel of niet heeft. Daarom is het belangrijk om moleculaire diagnostiek te doen bij tumortypen waarvoor doelgerichte therapie bestaat. Dan weet je of een patiënt in aanmerking komt voor die betreffende therapie”, aldus Andrea van Puffelen.

Klinisch noodzakelijke targets

Voor een groeiend aantal tumortypen is een doelgerichte behandeling (*targeted therapy*) beschikbaar – soms meer dan één. Een deel van deze therapieën wordt vergoed via de zorgverzekering. De Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) heeft op haar website de zogenoemde Klinisch Noodzakelijke Targets (KNT)-lijsten gepubliceerd.¹ Deze KNT-lijsten geven per tumorsoort een overzicht van targets die vergoed worden en die van invloed zijn op de standaardbehandeling.

De plaatsbepaling van moleculaire diagnostiek en de bijbehorende behandelingen staan vermeld in de richtlijn over de betreffende tumor. “Over het algemeen zijn de vergoede diagnostiek en behandelingen meegenomen in zorgpaden, maar het overzicht kan toch heel infor-

matief zijn voor verpleegkundig specialisten”, aldus Van Puffelen. In de KNT-lijsten staan namelijk ook behandelingen die beschikbaar zijn binnen een studie, een voorwaardelijke toelating (VT)-traject of het drug access protocol (DAP).

NGS en WGS

Bij moleculaire diagnostiek kan het gaan om diagnostiek op een genpanel, zoals *next-generation sequencing* (NGS) of op het gehele DNA, oftewel *whole genome sequencing* (WGS). Van Puffelen: “Bij specifieke DNA-afwijkingen waar een doelgerichte therapie voor beschikbaar is, is NGS vaak voldoende. Bij NGS wordt een vooraf vastgestelde selectie van genen onderzocht; bij WGS vindt deze selectie niet plaats, maar wordt het gehele DNA in kaart gebracht. In de reguliere zorg wordt WGS alleen vergoed als de primaire tumor onbekend (PTO) is, verder niet. Daarnaast wordt WGS gedaan bij AYA's (*adolescents and young adults*) met een oncologische aandoening, maar dat gebeurt binnen een landelijk onderzoek, het GENAYA-project.”²

WGS buiten de reguliere zorg

In het Erasmus MC loopt een project waarin ook tumoren van andere patiënten dan AYA's en mensen met een PTO worden onderzocht met WGS. Van Puffelen: “Het gaat om tumoren van patiënten die de reguliere behandelingen al hebben ondergaan. Het maakt daarbij niet uit welk tumortype zij hebben. We onderzoeken of er misschien nog aanknopingspunten zijn voor extra behandelingen die we met de reguliere diagnostiek niet konden vinden. We bespreken de patiënt eerst binnen de moleculaire tumorboard (MTB) om te kijken welke aanvullende diagnostiek nog meerwaarde kan bieden voor de betreffende patiënt. Dat hoeft geen WGS te zijn; soms is het vol-

“In de reguliere zorg wordt WGS alleen vergoed als de primaire tumor onbekend is, verder niet”

“Misschien is het veel passender om WGS al aan het begin van een zorgtraject te doen”



^ ANDREA VAN PUFFELEN

doende om specifieke genpanels te testen met NGS. Het is dus een afweging per patiënt.”

De moleculaire diagnostiek gebeurt deels in het Erasmus MC zelf. Van Puffelen: “NGS gebeurt over het algemeen in ons eigen ziekenhuis. Maar voor WGS sturen we tumormateriaal naar de Hartwig Medical Foundation.

Meerwaarde WGS

Als in de MTB besloten is dat WGS ingezet gaat worden, dan zetten Van Puffelen en haar collega's het verdere proces in gang. “Wij geven voorlichting aan de patiënt, zorgen ervoor dat relevante informatie op de juiste plek aanwezig is en zorgen voor het *informed consent*.” Belangrijk onderdeel hierbij is het bespreken van het risico op nevenbevindingen, zoals erfelijke afwijkingen, omdat het DNA ongefilterd in kaart wordt gebracht.

Van Puffelen onderzoekt ook de meerwaarde van WGS voor patiënten die eerder behandelingen binnen de reguliere zorg kregen die niet of onvoldoende effectief waren. Voor deze patiënten zijn er geen verdere behandelopties meer in de reguliere zorg. “We kijken bij welke patiënten WGS wordt ingezet en bij hoeveel patiënten we uiteindelijk een passende behandeling kunnen vinden op basis van de WGS-resultaten. Voorlopige cijfers laten zien dat voor ruim een derde van de patiënten een passende behandeling beschikbaar is.”

Niet alle behandelingen die op basis van de WGS-resultaten worden voorgesteld, zijn zomaar beschikbaar voor een patiënt. “Het kan zijn dat bij een patiënt met een bepaald type kanker een behandeling lijkt te passen die niet voor die kanker is geregistreerd, maar wel voor een andere vorm van kanker. Een patiënt kan de behandeling dan mogelijk krijgen binnen een klinische studie, zoals de DRUP-studie die in verschillende ziekenhuizen in Nederland loopt.³ Het doel van de DRUP-studie is om bestaande medicatie voor een specifieke afwijking

beschikbaar te maken voor patiënten die wel die afwijking hebben, maar niet het type kanker waarvoor het middel is geregistreerd.”

Ontwikkelingen

Wellicht dat WGS de komende jaren een grotere rol gaat spelen in de diagnostiek van oncologische patiënten. Het kostenplaatje is dan een belemmering. “Maar de tests zijn de laatste jaren wel goedkoper geworden”, zegt Van Puffelen. “Dat hebben we zeker meegenomen in onze overweging om het project te starten. Daarnaast zijn de resultaten tegenwoordig ook vrij snel beschikbaar: binnen tien dagen na insturen van het tumormateriaal. Voorheen duurde dat veel langer.” Het zoeken naar een goede match tussen afwijkingen in tumor-DNA en een behandeling zal volgens Van Puffelen de komende tijd ook verbeteren. “Daar worden algoritmes voor gebruikt die steeds beter worden.”

Over de plaats van moleculaire diagnostiek – en dan met name WGS – in een zorgpad zegt zij: “In ons project doen we WGS als patiënten het reguliere zorgpad hebben doorlopen. De behandelingen die op basis van de WGS-resultaten naar voren komen, worden voornamelijk in studieverband gegeven. Maar misschien is het veel passender om WGS al aan het begin van een zorgtraject te doen, zodat je eerst zoveel mogelijk kenmerken van de tumor verzamelt en op basis daarvan een zorgplan opstelt. Dan krijgt een patiënt de best passende zorg. Ik denk dat we daar wel heen gaan.”

| Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

Referenties

1. NVMO KNT-lijsten. Te raadplegen via www.nvmo.org/zorg/moleculaire-diagnostiek/knt-lijsten/
2. GENAYA. Te raadplegen via www.hartwigmedicalfoundation.nl/genaya/
3. DRUP-studie. Te raadplegen via <https://drupstudy.nl/>



Palliatieve zorg is als een paraplu: beschermend en niet bedreigend

Tijdige inzet van palliatieve zorg helpt om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven in de laatste levensfase te bereiken. In de praktijk schort het nogal eens aan die tijdige inzet en komt het voor dat wensen van patiënten te laat in beeld komen. In het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam is een digitaal zorgpad palliatieve zorg geïmplementeerd om zorgverleners bewust te maken van het belang van tijdig in gesprek gaan met de patiënt. Internist dr. Annemieke van der Padt-Pruijsten promoveerde recentelijk op onderzoek naar de resultaten van deze implementatie.

Als internist op de afdeling Oncologie/Hematologie van het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam heeft Annemieke van der Padt-Pruijsten altijd al iets gehad met palliatieve zorg. In juni 2024 promoveerde ze op onderzoek naar de invoering van een digitaal zorgpad palliatieve zorg (ZPZ). Tijdige inzet van palliatieve zorg als onderdeel van proactieve zorgplanning is belangrijk om onverwachte situaties bij patiënten te voorkomen. “Het Maasstad Ziekenhuis was een van de eerste ziekenhuizen met palliatieve teams en een ziekenhuisbreed geïmplementeerd digitaal zorgpad voor de stervensfase. Mijn collega’s hebben een digitaal ZPZ ontwikkeld wat gebaseerd is op de richtlijnen Palliatieve zorg. Er was dus al behoorlijk wat voorwerk gedaan, waarvan ik in mijn promotieonderzoek gebruik kon maken. Uit mijn onderzoek blijkt dat tijdig in gesprek gaan met de patiënt leidt tot minder interventies in de laatste levensfase.”

Paraplu

In haar proefschrift legt Van der Padt het belang van palliatieve zorg uit met de metafoer van een paraplu.¹ “De paraplu symboliseert palliatieve zorg en de regen betekent de symptomen en zorgen aan het eind van het leven. Het naderende levenseinde is belastend voor zowel patiënten als de naasten. Tijdig in gesprek gaan over de wensen

en behoeften – ook rondom de behandeling – kan deze moeilijke periode draaglijker maken en leiden tot beter passende zorg. Is bijvoorbeeld vroegtijdig bekend dat een patiënt thuis wil overlijden, dan kan besloten worden om een ziekenhuisopname bij klachten in de laatste levensfase achterwege te laten en de zorg thuis te organiseren. Uit onderzoek blijkt dat nog te veel mensen tegen hun wens in overlijden in het ziekenhuis. Palliatieve zorg is net als een paraplu: beschermend, maar niet bedreigend.”

Toch wordt palliatieve zorg vaak wel als iets bedreigends ervaren, merkt Van der Padt. Daarom wordt dit vaak pas laat ingezet. “Mensen zijn bang voor hun levenseinde. Dus zijn ze bang voor het woord ‘palliatieve zorg’, omdat ze dit associëren met de dood. Ook een deel van de zorgverleners vindt dit lastig, ze associëren dit met de terminale fase, de laatste weken van het leven. Maar de palliatieve fase kan ook vele jaren duren.”

Medische checklist

“Om zorgverleners meer bewust te maken van het tijdig inventariseren van de wensen en vragen van patiënten en tijdige inzet van palliatieve zorg, is in het Maasstad Ziekenhuis een digitaal ZPZ ingevoerd in de achterliggende jaren – in de voorloper van ons huidige EPD HIX”, zegt Van der Padt. “Dit is ontwikkeld voor patiënten die in de palliatieve fase terechtkomen, zoals patiënten die niet meer te genezen zijn van kanker, maar ook patiënten met andere ongeneeslijke aandoeningen, zoals COPD en hartfalen.

“Wij hebben het digitaal ZPZ in het kader van mijn promotieonderzoek ingevoerd op onze afdeling Oncologie/Hematologie en op de afdeling Longziekten, op de andere afdelingen is dit nog niet ingevoerd”, zegt Van der Padt.

“Laat verpleegkundig specialisten zich niet ondergeschikt voelen aan de dokter”

Het zorgpad is in feite een gestructureerde medische checklist, toegevoegd aan het digitale patiëntendossier. Artsen zijn hierdoor op de hoogte van de behoeften van patiënten binnen alle dimensies van de palliatieve zorg: somatisch, psychosociaal en/of spiritueel. Ook biedt het digitaal ZPZ ondersteuning bij het digitaal vastleggen van bijvoorbeeld slechtnieuwsgesprekken, gesprekken over proactieve zorgplanning, zorgcoördinatie en contacten met familie en naasten.”

Surprise question

In haar onderzoek gebruikte Van der Padt de zogeheten *surprise question* – zou het u verbazen als deze patiënt binnen één jaar komt te overlijden? – als een van de indicaties (markeringstool) voor het moment dat het digitaal ZPZ in gang gezet werd. “Toch is de *surprise question* misschien niet het ideale markeringsinstrument. Uit mijn onderzoek bleek namelijk dat het ZPZ ruim een maand voor het overlijden werd opgestart. Hierdoor was er te weinig tijd over om meer zorg buiten het ziekenhuis te organiseren en zo een ziekenhuisopname in de laatste maanden te voorkomen. Uiteraard hoeft een ziekenhuisopname niet te worden vermeden als dit nog wel past bij de wensen van de patiënt. Daarnaast kunnen onvoorspelbare situaties optreden waarbij het ziekenhuis toch de juiste zorgplek is. Daarom doe ik in mijn proefschrift de aanbeveling om al in gesprek te gaan over eventuele palliatieve zorg op het moment dat de patiënt bij de oncoloog komt. Dan wordt de paraplu dus uitgereikt vóórdat het echt gaat regenen. Vanaf dat moment kan het proactieve zorgplan inclusief palliatieve zorg vorm krijgen. Overigens is het ook bij gezonde, fitte ouderen belangrijk om tijdig in gesprek gaan over hun wensen en vragen in de laatste levensfase. Hiervoor was ook aandacht in het radiospotje en de tv-reclame ‘Praat vandaag over morgen’.”

Minder interventies

Uit het promotieonderzoek blijkt dat na implementatie van het digitaal ZPZ artsen bewuster omgaan met behandelkeuzes in de laatste levensfase. “Dit leidt tot minder interventies. Zo nam het percentage patiënten dat nog een chemokuur kreeg af van 24% in de voormeting naar 14% in de nameting in de laatste drie maanden. Ik kon niet aantonen dat door het digitaal ZPZ de communicatie tussen zorgverleners en patiënten verbeterde. Ook kon ik niet aantonen dat dit leidde tot minder vaak overlijden in het ziekenhuis.

We hebben uit mijn promotieonderzoek vooral veel geleerd over hoe we iets moeten implementeren. Van belang is een breed team met een projectleider; palliatieve zorg raakt iedereen binnen en buiten het ziekenhuis. Verder is het aan te bevelen om de tool breder te implementeren door ook de huisarts en de thuiszorg hierbij te betrekken. Op landelijk niveau heeft de werkgroep Chipsoft Palliatieve Zorg het ZPZ doorontwikkeld naar een digitaal proactief zorgplan. Momenteel loopt het CONCORD-project, waarin deze module wordt geïmplementeerd in negen regionale ziekenhuizen uit de regio Zuidwest-Nederland. Hieraan gekoppeld is het INDEED-onderzoek, waarin wordt gekeken naar het implementatieproces, de uitkomsten hiervan en het effect op zorggebruik. Patiënten en zorgverleners worden geïnterviewd over hun ervaringen met het ZPZ en we kijken hoe de overdracht tussen verschillende zorgverleners verloopt als een patiënt binnen de deelnemende ziekenhuizen wordt verwezen.”



FOTO CHRIS GORZEMAN

▲ ANNEMIEKE VAN DER PADT

Niet ondergeschikt

Verpleegkundig specialisten – vaak regiebehandelaar – hebben volgens Van der Padt een belangrijke rol bij het tijdig initiëren van het gesprek met de patiënten. “Laat verpleegkundig specialisten zich niet ondergeschikt voelen aan de dokter! Mensen durven bijvoorbeeld eerder tegen een verpleegkundig specialist te zeggen dat ze ergens bang voor zijn of een bepaalde behandeling niet meer zien zitten, dan tegen de dokter. Uit onderzoek dat tien jaar geleden in de Verenigde Staten is gedaan, bleek dat artsen een behandeling vaak voortzetten, omdat ze denken dat de patiënt er tevreden over is. Omgekeerd gaan patiënten ermee door, omdat ze het idee hebben dat hun arts tevreden is.

Van belang is verder dat verpleegkundig specialisten patiënten voorlichten dat de palliatieve zorg in fasen verloopt: eerst is deze zorg vaak nog ziektegericht – bijvoorbeeld in de vorm van een chemokuur of bestraling – en in een latere fase wordt dit symptoomgericht. Deze fasen kunnen ook parallel lopen en een palliatief traject kan jaren duren, bij borstkanker bijvoorbeeld soms wel tien tot vijftien jaar. Laat verpleegkundig specialisten de paraplu vooral tijdig uitreiken. “Een van de hulpmiddelen daarbij is een strip die ook bij mijn promotieonderzoek zit. Deze helpt de patiënt – en de zorgverlener – om tijdige inzet van palliatieve zorg te motiveren en dit een positief stempel te geven.”

| Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referentie

1. A hospital-based Palliative Care Pathway for patients with advanced cancer: Bridging the gap between science and practice. Proefschrift Annemieke van der Padt-Pruijsten. Teraadplegen.viapure.eur.nl/en/publications/a-hospital-based-palliative-care-pathway-for-patients-with-advanc



Promoveren? Doen, en bij voorkeur op een verpleegkundig onderwerp

Verpleegkundig specialist AGZ dr. José Koldenhof, MSc (UMC Utrecht) promoveerde op onderzoek naar de validiteit en het gebruik van het Utrecht Symptoom Dagboek. Deze gevalideerde *patient reported outcome measurement* (PROM)-tool wordt al ruim twintig jaar gebruikt voor het signaleren en monitoren van veelvoorkomende fysieke en emotionele symptomen en het welbevinden bij mensen met kanker.

Waarom het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) als onderzoeks- onderwerp? “Omdat ik dichtbij de dagelijkse oncologische praktijk wilde blijven”, zegt José Koldenhof. “Iedere zorgverlener wil goede zorg bieden en denkt dat goed te doen. Daarbij heb je soms niet in de gaten dat je dingen mist. Juist daarom is het USD binnen onze afdeling – Medische oncologie en hematologie – ontwikkeld. Het geeft beter inzicht in de symptomen en symptoomlast van de patiënt, zodat je minder geneigd bent om die te onderschatten. Die symptomen gestructureerd in kaart brengen helpt ons en geeft de patiënt zelfinzicht.” Het ‘basis’-USD bevat elf veelvoorkomende symptomen bij patiënten met kanker en een item over welbevinden. Met het USD kunnen symptomen gestructureerd gesignaleerd worden en vervolgd over de tijd. Na het USD eerst lang op papier te hebben gebruikt, heeft UMC Utrecht het in 2015 in het elektronisch patiëntendossier gebracht. “Dit maakte validatie makkelijker”, vertelt Koldenhof. “Daarbij zagen we de meerwaarde van specifieke USD’s, bijvoorbeeld op basis van de locatie van de tumor of op de dagbehandeling voor chemo- of

doelgerichte therapie. Voor de USD chemo-/doelgerichte therapie werden op basis van de literatuur elf veelvoorkomende symptomen toegevoegd aan het basis-USD, bijvoorbeeld huidproblemen. Voor het basis-USD en de USD chemo-/doelgerichte therapie werd de inhoudsvaliditeit en de criterium- of constructvaliditeit onderzocht.” Het basis-USD staat als een huis, concludeert ze. Validiteit werd gevonden voor alle items van het basis-USD. De lastmeter werd als referentiestandaard gebruikt voor de criterium- en constructvaliditeit. “Hoewel het item oogklachten in de USD chemo-/doelgerichte therapie vaak werd gescoord, hebben we de constructvaliditeit niet kunnen onderzoeken, omdat we onvoldoende gekoppelde USD’s hadden: één bij aanvang van de behandeling en één na minstens zeven weken. Dit item moet dus te zijner tijd nog verder worden gevalideerd.”

Patiëntengroepen en settings

Koldenhof onderzocht ook het gebruik van het USD in verschillende patiëntengroepen en settings. Om te beginnen de gerapporteerde bijwerkingen en symptomen bij behandeling met intraveneuze EGFR-remmers. Die bijwerkingen leiden met name bij patiënten met hoofd- halskanker vaak tot dosisaanpassingen en ze ervaren symptomen met matige tot ernstige intensiteit en een verminderd welbevinden tijdens de behandeling. Vroege herkenning en een snelle aanpak van zelfs lichte symptomen is belangrijk, concludeert ze.

“Zorgverleners graderen de ernst van symptomen. Bij huidafwijkingen wordt die gradering vooral bepaald door de hoeveelheid aangedane huid. Neem als voorbeeld de hoeveelheid huid die is aangedaan bij bestraling”, vertelt ze. “Dat kan een klein gebied zijn, maar als de behandelaar alleen van die gradering uitgaat, onderschat hij de impact

“Het USD is valide en verhoogt de kans op het bieden van gepersonaliseerde zorg en ondersteuning van de eigen regie van de patiënt tijdens de behandeling”



▲ JOSÉ KOLDENHOF

die het kan hebben op de patiënt in diens dagelijks leven. Natuurlijk moet je graderen, maar je moet dat dus aanvullen met de symptoomlast zoals gerapporteerd door de patiënt zelf.”

Uit een substudie op basis van de doelgerichte therapie palliatief sunitinib concludeert ze dat alle gemeten symptomen – met uitzondering van vermoeidheid en misselijkheid – vaker worden gemeld door patiënten dan zorgverleners. Dit toont de waarde van PROM's, maar werpt ook de vraag op of behandelaars voldoende oog hebben voor symptomen. “Dit ging over fase 1-onderzoek”, vertelt Koldenhof. “Meestal worden daarin geen PROM's gebruikt, omdat wordt gezocht naar de juiste dosering die veilig kan worden gegeven. Als het ene centrum dan een PROM gebruikt en het andere niet, kan dat

vertekening in het onderzoek geven. Bij deze studie kon het USD wel worden gebruikt. Sunitinib kan spontane en dringende aandrang tot ontlasting geven. Tot viermaal per dag wordt gezien als graad 1. Maar voor een vertegenwoordiger die de hele dag onderweg is, heeft dat een enorme invloed op het dagelijks leven. Net als voor de vrouw die daardoor niet meer naar het theater kon, wat haar grote liefde was. Als je dat weet, kun je een oplossing zoeken. In haar geval twee dagen voor een theaterbezoek stoppen met toediening en de dag erna weer beginnen.”

Welbevinden

Koldenhof keek ook naar patiëntgerapporteerde symptomen bij immunotherapie voor melanoom of niet-kleincellig longkanker. Het kan van invloed zijn op het welbevinden van de patiënt als die tijdens de behandeling tegelijkertijd meerdere klinisch relevante symptomen ervaart. “Dat klinkt logisch”, zegt ze, “maar eigenlijk weten we niet of één symptoom met een score van 9 gelijk is aan drie symptomen waarop de patiënt 3 scoort. Het risico op ernstige bijwerkingen is bij deze behandeling klein en neemt gaandeweg af. Maar lichte klachten die over het hoofd worden gezien, kunnen bij elkaar opgeteld toch verminderd welbevinden geven. Daarover moeten we het dus hebben met de patiënt, in plaats van alleen naar de scores te kijken.”

Daarin bestaat nog wel ruimte voor verbetering, stelt ze. “Dit heeft met onze werkwijze te maken. “Als de patiënt het USD pas op de dagbehandeling invult, is die al bij de arts of verpleegkundig specialist geweest en zijn daar wellicht symptomen niet besproken. Ik denk daarom dat de patiënt het USD zou moeten invullen voordat die op de dagbehandeling komt, zodat minder symptomen worden gemist. We hebben een animatie gemaakt voor patiënten over het USD. Nu ontwikkelen we een e-learning voor zorgverleners. En een dashboard in het EPD om scores van patiënten over de loop van de tijd goed weer te geven en rode vlaggen zichtbaar te maken.”

Koldenhof concludeert dat het USD valide is en de kans verhoogt op het bieden van gepersonaliseerde zorg en ondersteuning van de eigen regie van de patiënt tijdens de behandeling. “Dit mag worden gezien als een aansporing aan professionals om het USD nog beter te gebruiken”, zegt ze. “En hoewel er al meer ziekenhuizen zijn die er gebruik van maken, kunnen dat er zeker nog meer worden.”

Aanbeveling

Koldenhof geeft toe dat ze tijdens haar promotietraject meermaals heeft gedacht ermee te stoppen. “Maar het heeft me geleerd om op een andere manier naar dingen te kijken en heeft me meer zelfvertrouwen gegeven”, zegt ze. “Daarom wilde ik toch door. Ook omdat het in samenwerking met de patiënten was. Dat doe ik in de spreekkamer ook en is typisch wat de verpleegkundig specialist doet.”

Hierin zit een aanbeveling voor collega's: “Als je gegrepen wordt door een onderwerp, is het niet erg daar veel tijd aan te besteden. Gelukkig is er onder verpleegkundig specialisten toenemende aandacht om te promoveren. Mijn uitgangspunt daarbij is dit liefst te doen op een verpleegkundig onderwerp. Meten wat je doet, vaststellen wat het oplevert en kijken wat nog beter kan. Medisch onderzoek kunnen artsen doen, juist in verpleegkundig onderzoek kunnen wij uniek zijn.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)



Diuretica bij oedeem in de oncologie: check eerst of ontwatering noodzakelijk is

Diuretica worden bij oncologische patiënten onder meer gebruikt voor oedeem bij hartfalen of oedeem als gevolg van de oncologische behandeling. Belangrijk is om voordat diuretica worden ingezet eerst na te gaan wat het precieze behandeldoel is, zo adviseert cardioloog-intensivist drs. Anne van Schijndel, werkzaam in het Antoni van Leeuwenhoek te Amsterdam.

De belangrijkste indicatie voor diuretica in de oncologie is oedeem als gevolg van hartfalen of als bijwerking van een oncologische behandeling. Hartfalen bij een oncologiepatiënt kan als op zichzelf staande aandoening aanwezig zijn, maar kan ook zijn ontstaan als bijwerking van de oncologische behandeling, vertelt Anne van Schijndel, die zich als cardioloog-intensivist inzet om hartschade als gevolg van de oncologische behandeling te beperken. “Dit is met name bekend bij antracyclines – naarmate de dosis hoger wordt – en trastazumab, waarbij hartfalen vaak verdwijnt bij staken of afronden van de behandeling. Ook bij checkpointremmers kan het risico op hartfalen verhoogd zijn. Of hartfalen op zichzelf staat of dat dit het gevolg is van de oncologische therapie, de aanpak is in principe hetzelfde, we hanteren hierbij de behandelrichtlijnen voor ‘normaal’ hartfalen. Wel geldt dat oedeem bij hartfalen wordt behandeld met lisdiuretica en dat oedeem als gevolg van de oncologische behandeling niet altijd gebaat is bij diuretica. Oedeem kan optreden bij klasieke chemotherapie, doelgerichte therapie en immunotherapie.”

Intravasculair volume

Als een oncologische patiënt zich presenteert met oedeem, dan checkt Van Schijndel eerst of er sprake is van hartfalen, zo vertelt ze. “In dat geval is er een indicatie voor diuretica. De patiënt is dan gebaat bij ontwatering. Is er geen sprake van hartfalen, dan zoek ik naar andere oorzaken voor het oedeem. Ontwateren hoeft hierbij niet altijd de oplossing te zijn, dat hangt sterk af van de situatie. Om pragmatische redenen kun je er wel eens voor kiezen ‘om de kraan open te zetten’. Dat is verantwoord als het effect van diuretica voorspelbaar is, bijvoorbeeld bij een klinisch stabiele patiënt met een

goede nierfunctie. Maar het effect van diuretica kan in andere situaties een stuk minder voorspelbaar zijn.

Iemand kan oedeem hebben, terwijl het intravasculaire volume verminderd is, bijvoorbeeld bij ernstige ziekte, bij een infectie waarbij de bloedvaten open staan, door complicaties van chemotherapie of

KADER 1

Een andere toepassing van diuretica in de oncologie, behalve het bestrijden van oedeem, is vermindering van de nefrotoxiciteit van cisplatine. De commissie Duurzaamheid en doelmatigheid van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) adviseert op grond van verschillende studies om diuretica laagdrempelig toe te passen bij hoge dosis (≥ 100 mg/m²) cisplatine. In een meta-analyse is gebleken dat mannitol – een zogeheten osmotisch diureticum – veilig en effectief is om toxiciteit bij cisplatine te voorkomen (met name graad 3-toxiciteit). Ook het lisdiureticum furosemide zou voor dit doel toegepast kunnen worden, zo concludeert deze commissie op basis van vergelijkend onderzoek tussen furosemide en mannitol. Furosemide is praktischer in gebruik – in tegenstelling tot het intraveneus te geven mannitol kan dit oraal worden toegediend – en er is meer ervaring mee opgedaan.⁴



FOTO JEROEN VAN KOOTEN

^ ANNE VAN SCHIJNDEL

door het nefrotisch syndroom door oncolyticatoxiciteit. Waar zit het probleem als iemand zich presenteert met een lage bloeddruk, een hoge hartslag én oedeem?

Behandeling met diuretica kan leiden tot extra verlies van intravasculair volume, wat ongunstig is. Ook het cytokinereleasesyndroom, dat bij sommige T-celtherapieën kan optreden, kan een verlaging van het intravasculaire volume geven. Het is onzeker hoe groot het intravasculaire volume zal zijn en dus onvoorspelbaar wat diuretica zullen doen.

Met een echo is te beoordelen of er te veel vocht in het lichaam zit en waar het overschot aan vocht zich bevindt. Dikke enkels zijn niet altijd reden om te ontwateren. Oedeem wordt pas een probleem als mensen respiratoire klachten krijgen, wat blijkt uit benauwdheid. Verder kan ontwatering nodig zijn bij patiënten met hartfalen die al kampen met oedeem en daarboven nog eens extra vocht binnenkrijgen door een chemo-infuus.”

Behandeldoel

Belangrijk is dus om goed scherp hebben welk behandeldoel je nastreeft en of het voorschrijven van diuretica bij een patiënt niet juist de situatie kan verslechteren, geeft Van Schijndel aan. “Blijf daarom bij de basis. Wat is de oorzaak van het oedeem? Wat is het risico-profiel van de patiënt? Is er sprake van hartfalen? Is de nierfunctie normaal? Ongetwijfeld zullen deze punten al gecheckt zijn bij de start van de oncologische behandeling. Heeft de patiënt klachten van ernstige benauwdheid, dan is de situatie dringend en kan de verpleegkundig specialist alvast starten met diuretica in afwachting

van het definitieve oordeel van de cardioloog.

Bij oncologische patiënten die al diuretica gebruiken, is het verstandig om regelmatig te checken of er nog steeds een indicatie voor diuretica is. Heeft een patiënt veel vocht verloren of is hij of zij afgefallen door een chemokuur, dan zijn diuretica mogelijk overbodig. Ook is het belangrijk om alert te zijn op elektrolytstoornissen. Als gevolg van misselijkheid en/of braken bij een chemokuur kunnen patiënten veel elektrolyten verliezen. Onder meer hyponatriëmie en hypokaliëmie kunnen optreden. Diuretica kunnen ook de elektrolytenbalans verstoren.”

Diuretica

Tot slot een overzicht van enkele groepen diuretica, met verschillende indicaties. De bekendste zijn de lisdiuretica, thiazidediuretica en de kaliumsparende diuretica. In de oncologische context – oedeem – zijn vooral lisdiuretica van belang.

Lisdiuretica

Bumetanide en furosemide – beide oraal of parenteraal toe te dienen – werken op het dikke opstijgende deel van de lis van Henle in het nefron. Daar remmen ze het passieve transport van natriumionen,

“Oedeem wordt pas een probleem als mensen respiratoire klachten krijgen”

waardoor het vermogen van de nieren om urine te concentreren afneemt. Lisdiuretica geven een snel en krachtig diuretisch effect en een snelle afname van het extracellulaire volume. Lisdiuretica kunnen worden ingezet voor snelle ontwatering bij oedeem door hartfalen. Het advies is om vooral bij ouderen te starten met een lagere dosering wegens het risico op hypovolemie en circulatoire insufficiëntie. Verder kunnen lisdiuretica orthostatische hypotensie en verstoring van de elektrolytenbalans geven, zoals hypokaliëmie en hyponatriëmie. Het risico op verstoring van de elektrolytenbalans is bij lisdiuretica minder uitgesproken dan bij thiazidediuretica.¹

Thiazidediuretica

Thiazidediuretica – chloortalidon, hydrochloorthiazide en indapamide, alle drie oraal te geven – werken op de distale tubulus van de nierfilters. Hier remmen ze de passieve terugresorptie van natrium en water, waardoor de bloeddruk afneemt. Ook bevorderen ze de uitscheiding van kalium en magnesium, en remmen ze de uitscheiding van calcium. Op langere termijn zorgen ze voor een verlaging van de perifere vaatweerstand. Frequentie bijwerkingen zijn hypotensie, hypovolemie en verstoring van de elektrolytenbalans, resulterend in hypokaliëmie. Thiazidediuretica worden niet gebruikt voor de behandeling van oedeem bij hartfalen of als gevolg van de oncologische

behandeling, maar voor de behandeling van hoge bloeddruk als onderdeel van cardiovasculair risicomanagement.²

Kaliumsparende diuretica

Deze diuretica – eplerenon, finerenon, spironolacton en triamteren – verminderen de kaliumuitscheiding. Meestal worden deze in combinatie met een thiazidediureticum voorgeschreven. Spironolacton wordt vooral bij hartfalen voorgeschreven.³ | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Geneesmiddelenoverzicht lisdiuretica. Farmacotherapeutisch Kompas. Te raadplegen via www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/groepsteksten/lisdiuretica
2. Geneesmiddelenoverzicht thiazidediuretica. Farmacotherapeutisch Kompas. Te raadplegen via www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/groepsteksten/thiaziden
3. Geneesmiddelenoverzicht kaliumsparende diuretica. Farmacotherapeutisch Kompas. Te raadplegen via www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/groepsteksten/thiaziden
4. Hydreren bij cisplatine kan korter. Commissie Duurzaamheid en doelmatigheid (NVMO). Te raadplegen via www.nvmo.org/duurzaam-en-doel/hydreren-bij-cisplatine-kan-korter/



1. Verkorte productinformatie Rizmoic® 200 microgram filmomhulde tabletten

Samenstelling: Elke tablet bevat 200 microgram naldemedine (als tosylaat). **Indicaties:** Rizmoic is geïndiceerd voor de behandeling van door opioïden geïnduceerde constipatie (OIC) bij volwassen patiënten die eerder zijn behandeld met een laxerend middel. **Dosering en wijze van toediening:** De aanbevolen dosis naldemedine is 200 microgram (één tablet) per dag, middels orale inname. Rizmoic kan met of zonder laxerend middel(en) worden gebruikt. Het kan elk moment van de dag worden ingenomen met of zonder voedsel. Het wordt aanbevolen om het elke dag op hetzelfde tijdstip in te nemen. Wanneer de behandeling met het opioïde analgeticum wordt stopgezet, moet Rizmoic eveneens worden stopgezet. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor naldemedine of een van de vermelde hulpstoffen. Patiënten met bekende of vermoede gastro-intestinale obstructie of perforatie of patiënten met een verhoogd risico op recidiverende obstructie, wegens de kans op gastro-intestinale perforatie. **Waarschuwingen:** Sinds het geneesmiddel op de markt is, zijn er gevallen van gastro-intestinale perforatie, waaronder fatale gevallen, gemeld wanneer naldemedine werd gebruikt bij patiënten met een verhoogd risico op gastro-intestinale (GI-) perforatie, (bijv. divertikelziekte en onderliggende maligniteiten van het maag-darmkanaal of peritoneale metastasen). Naldemedine mag niet worden gebruikt bij patiënten met bekende of vermoede GI-obstructie of patiënten met een verhoogd risico op recidiverende obstructie, wegens de kans op GI-perforatie. Voorzichtigheid is geboden wanneer naldemedine wordt gebruikt bij patiënten met een aandoening die tot een verminderde integriteit van de wanden van het maag-darmkanaal kan leiden (bijv. ulcus pepticum, Ogilvie-syndroom, maligniteit van het maag-darmkanaal, ziekte van Crohn). De globale verhouding tussen de voordelen en risico's moet voor elke patiënt worden afgewogen. Patiënten moeten gecontroleerd worden op het ontstaan van ernstige, aanhoudende of verergerende abdominale pijn. Bij een vermoeden van een obstructie of perforatie moet naldemedine worden stopgezet. **Bijwerkingen:** De vaakst gemelde bijwerkingen bij patiënten met niet aan kanker gerelateerde chronische pijn en OIC waren abdominale pijn (7,8%), diarree (5,9%), nausea (3,6%) en braken (1,1%). De meeste van deze gastro-intestinale bijwerkingen waren van lichte tot matige ernst en verdwenen zonder dat de behandeling met naldemedine werd onderbroken. De vaakst gemelde bijwerkingen bij patiënten met kanker en OIC waren diarree (24,5%) en abdominale pijn (3,9%). De meeste van deze gastro-intestinale bijwerkingen waren van lichte tot matige ernst en verdwenen met de behandeling. **Farmacotherapeutische groep:** perifere opioïdreceptor antagonist. **Afleverstatus:** U.R. Houder van de vergunning voor het in de handel brengen: Shionogi B.V. Herengracht 464, 1017CA Amsterdam. **Datum:** september 2024.

2. Naldemedine for the Treatment Of Opioid-Induced Constipation; Hu et al. 2018

Viatrix (Mylan Healthcare BV, a Viatrix company)
Krijgsman 20, 1186 DM, Amstelveen



▼ This medicinal product is subject to additional monitoring.

Short product information Xofigo® 1100 kBq/mL solution for injection

Composition: Active ingredient: radium Ra 223 dichloride (radium-223 dichloride, 1100 kBq/mL, corresponding to 0.58 ng radium-223 at the reference date). Each vial contains 6 mL of solution (6.6 MBq radium-223 dichloride at the reference date). Excipients: Water for injections, sodium citrate, sodium chloride, hydrochloric acid, dilute. **Indication:** Xofigo monotherapy or in combination with luteinising hormone releasing hormone (LHRH) analogue is indicated for the treatment of adult patients with metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC), symptomatic bone metastases and no known visceral metastases, in progression after at least two prior lines of systemic therapy for mCRPC (other than LHRH analogues), or ineligible for any available systemic mCRPC treatment. Xofigo should be administered only by persons authorised to handle radiopharmaceuticals in designated clinical settings. **Contraindications:** Xofigo is contraindicated in combination with abiraterone acetate and prednisone/prednisolone. **Warnings and Precautions:** The safety and efficacy of Xofigo in combination with cancer therapies other than LHRH analogues have not been established; an increased risk of mortality and fractures is possible. The combination of radium-223 with other systemic cancer therapies other than LHRH analogues is not recommended. The use of Xofigo is not recommended for treatment of adults with CRPC and only asymptomatic bone metastases. In adults with CRPC and mildly symptomatic bone metastases the benefit of treatment should be carefully assessed to outweigh the risks. In patients with a low level of osteoblastic bone metastases treatment with radium-223 is not recommended. Haematological evaluation of patients must be performed at baseline and prior to every dose. In case there is no recovery in values for absolute neutrophil count (ANC) and haemoglobin within 6 weeks after the last administration of Xofigo despite receiving standard of care, further treatment with Xofigo should only be continued after careful benefit/risk evaluation. Patients with evidence of compromised bone marrow reserve e.g. following prior cytotoxic chemotherapy and/or radiation treatment (EBRT) or patients with advanced diffuse infiltration of the bone (EOD4; "superscan"), should be treated with caution. To patients with Crohn's disease and ulcerative colitis Xofigo should only be administered after a careful benefit-risk assessment. In patients with untreated imminent or established spinal cord compression, treatment with standard of care, as clinically indicated, should be completed before starting or resuming treatment with Xofigo. Prior to starting radium-223 bone status and baseline risk of fractures of patients (e.g. osteoporosis, less than 6 bone metastases, treatment increasing fracture risk, low body mass index) should be carefully assessed, and closely monitored for at least 24 months. Preventive measures should be considered before starting or resuming treatment with Xofigo. In patients with a high baseline risk of fracture, the benefit of treatment should be carefully assessed to outweigh the risk. In patients with bone fractures, orthopaedic stabilisation of fractures should be performed before starting or resuming treatment with Xofigo. In patients treated with bisphosphonates and Xofigo, an increased risk of development of osteonecrosis of the jaw (ONJ) cannot be excluded. Xofigo contributes to a patient's overall long-term cumulative radiation exposure and therefore, may be associated with an increased risk of cancer and hereditary defects. No cases of Xofigo-induced cancer have been reported in clinical studies in follow-up of up to three years. Men should be advised to use effective contraceptive methods during and up to 6 months after treatment with Xofigo. Depending on the volume administered, this medicinal product contains up to 54 mg (2.35 mmol) sodium per dose. **Undesirable effects:** Very common: thrombocytopenia, diarrhoea, vomiting, nausea, bone fracture; Common: neutropenia, pancytopenia, leukopenia, injection site reactions; Uncommon: lymphopenia, osteoporosis. **Pharmaceutical form:** vial with 6 mL of solution for injection. **Marketing Authorisation Number:** EU/1/13/873/001. **Marketing Authorisation Holder:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Germany. **Further information available with:** Bayer B.V., Siriusdreef 36, 2132 WT Hoofddorp, tel. 023 799 1000. **Mode of Delivery:** On prescription only. **Date of approval/revision of the SmPC:** 09/2023. **Version:** September 2023. Detailed information (SmPC) is available upon request.

MA-M_RAD-NL-0043-1





In gesprek met geestelijk verzorger Mustafa Bulut over cultuurverschillen binnen de zorg

Drs. Mustafa Bulut studeerde Theologie aan de Hogeschool Inholland en specialiseerde zich in islamitische geestelijke zorg aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Sinds 2018 werkt hij als geestelijk verzorger in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg. Hij gaat in gesprek met patiënten, voert rituelen uit en helpt zorgverleners bij het overbruggen van cultuurverschillen. Deze maand verschijnt zijn boek *Wilt u weten wat u heeft?* Daarin legt hij zorgverleners uit hoe ze cultuursensitieve en interculturele zorg kunnen bieden.

Van medisch naar ethisch

Tijdens zijn stage in het verpleeghuis ontdekt Mustafa Bulut hoe leuk hij het vindt om met patiënten in gesprek te gaan. “Ik vond het interessant om te focussen op de ‘binnenwereld’ van de patiënt – en minder te kijken naar het pathologische probleem”, vertelt hij. Daarom besluit hij na zijn studie aan de slag te gaan als geestelijk verzorger. Sinds zes jaar werkt Bulut in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis. “Ik ben geen behandelaar en stel dus geen diagnoses. Ik ondersteun collega’s door de stap te maken van een medisch naar een ethisch, cultuursensitief perspectief. Ik richt me op de zingeving van de patiënt, bijvoorbeeld door rituelen uit te voeren – zo lees ik voor uit de Koran of voer geloofsbelijdenissen en smeekbedes uit. Ook ga ik in gesprek met patiënten, en stel ze belangrijke vragen als: hoe ga je met je ziekte om, en wat geeft je kracht om vol te houden? Ik help ze ook bij de acceptatie van hun ziekte.”

Weg met de blinde vlek

Zonder vooroordelen naar patiënten kijken, dat is volgens Bulut een van de belangrijkste eigenschappen van een geestelijk verzorger. Hij denkt dat zorgverleners daar best wat van kunnen leren. “Hoe meer blinde vlekken je hebt, hoe kleiner de kans dat je een patiënt écht goed kunt helpen. Dus adviseer ik altijd om een gesprek met de patiënt in vier stappen op te delen: interesse, kennis, inzicht en verhouding.” Hij legt uit: “Het begint allemaal bij het tonen van interesse in de patiënt, door open en oprechte vragen te stellen. Daarmee doe je kennis op – bijvoorbeeld over de religie die een patiënt aanhangt. Daaruit volgt inzicht: je begrijpt de patiënt en diens beweegredenen

beter. Je snapt bijvoorbeeld waarom iemand geen morfine wil, of een bepaalde behandeling niet wil ondergaan. Daarna volgt de verhouding: doordat er begrip is, kun je een relatie met de patiënt gaan opbouwen.”

Communicatie in de terminale fase

In zijn boek wil Bulut zorgverleners en patiënten meer leren over interculturele verschillen binnen de zorg. Vooral in de communicatie rond terminale ziekte spelen die een grote rol. “In de studie voor arts of verpleegkundige leer je patiënten altijd te vertellen wat hun diagnose is – óók als ze dat misschien niet willen horen. Dat is typisch Nederlands: wij zijn voorstander van transparantie. Maar dat is lang niet in elk land normaal. In 2008 is er een grootschalig Europees onderzoek gedaan – waar ook de Vrije Universiteit aan meedeed – naar communicatie en informatieverstrekking van artsen in de terminale fase. Daarvoor zijn zorgverleners uit Australië, België, Denemarken, Italië, Nederland, Zweden en Zwitserland ondervraagd. Wat blijkt? Nederlandse zorgverleners zijn verreweg het meest direct. Een voorbeeld: 92% van de Nederlandse ondervraagden vertelt de patiënt ‘in principe altijd’ dat hij of zij ongeneeslijk ziek is. Een groot verschil met België: daar ligt dat percentage rond de 42%. Ruim de helft van de Belgische ondervraagden communiceert alleen over ongeneeslijkheid ‘als de patiënt erom vraagt’, 5% heeft het er überhaupt niet over.”

‘Ik’ versus ‘wij’

Bulut benadrukt het verschil tussen laagcontext- en hoogcontextcommunicatie – twee bekende termen uit de interculturele communicatie, bedacht door de wetenschappers Edward en Mildred Hall.

“Hoe meer blinde
vlekken je hebt, hoe
kleiner de kans dat je
een patiënt écht goed
kunt helpen”

MUSTAFA BULUT >

KADER

Tips van Mustafa Bulut

- Gebruik de vier stappen – interesse, kennis, inzicht en verhouding – om open minded en zonder vooroordelen een patiëntgesprek in te gaan.
- Wees je ervan bewust dat praten over ziekte en dood lang niet in elke cultuur normaal en gewenst is. Je anticipeert hierop door bij de patiënt te peilen waar de behoefte ligt, en door te checken wat hij wel of niet wil weten.
- Ga niet in discussie over religie, maar stel je open en geïnteresseerd op.
- Bij grote families is het handig om te vragen wie de ‘leider’ is. Dan heb je een vast contactpersoon met wie je belangrijke gesprekken voert.
- Heeft een patiënt – of diens naasten – ontelbaar veel vragen? Pauzeer het gesprek en vraag: vertrouwt u ons?
- Wijs patiënten op hun recht om een second opinion aan te vragen, indien een casus vastloopt of ingewikkeld wordt. Dit geeft vaak lucht.
- Loopt een gesprek echt stroef? Stop het dan, en ga later verder.
- Hoop hoeft je patiënten niet te ontnemen. Ook voor mensen die niet-religieus zijn, is dat vaak een laatste houvast. Wees dus eerlijk, maar laat patiënten hopen.

“Je kunt het vergelijken met expliciete en impliciete communicatie”, zegt Bulut. “Op de vraag ‘Ga ik dood?’ kun je als zorgverlener ja antwoorden – dat noemen we laagcontext-communicatie. Antwoord je met ‘We gaan er alles aan doen om je te helpen’, dan noemen we dat hoogcontext-communicatie.”

“Die eerste vorm past bij individualistische ‘ik-culturen’ zoals Nederland”, gaat Bulut verder. “Daar draait het om het individu en persoonlijke autonomie: to the point communiceren en het beestje bij de naam noemen. Voor mensen uit collectivistische ‘wij-culturen’ – bijvoorbeeld uit Arabische landen – staat juist de relatie centraal. Hoogcontext-communicatie is er de norm: er wordt bijvoorbeeld nooit zomaar over ziekten of de dood gepraat.” Wéten dat deze verschillen bestaan, is volgens Bulut de eerste stap. “Bewustzijn is hierin heel belangrijk. Dan kun je er rekening mee houden in het contact met de patiënt.”

Tussen protocol en context

Mustafa ziet ook religieuze verschillen in het ziekenhuis. “Zeker in gesprekken over het levenseinde ontstaat weleens frictie. Over thema’s als reanimatie, ic-opname en beademing zijn veel verschillende opvattingen. Sommige gelovigen vinden dat je leven in handen is van God, dus dat je de beademing nooit zomaar mag stoppen. Dat botst met de verplichting van zorgverleners om medisch zinvol te handelen – ofwel: met vooruitzicht. In de KNMG-gedragscode voor artsen staat zelfs dat ‘medisch zinloos handelen’ niet is toegestaan.”

Dat laveren tussen protocol en context is sowieso een uitdaging voor zorgverleners, ziet Bulut. “Enerzijds heb je patiënten met een andere (migratie)achtergrond, anderzijds heb je de Nederlandse Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) waar je je als zorgverlener aan moet houden. Het is de uitdaging om te kijken hoe je de patiënt binnen de kaders van de wet zo goed mogelijk kunt helpen.”

Rol van religie

Hoe ga je als zorgverlener het best om met religieuze kwesties? “Mijn eerste advies: ga niet te diep in op het geloof. Al kun je natuurlijk wel vragen stellen: wat bedoelt u met God, wie is God voor u? Zo toon je interesse en win je vertrouwen. Ook goed om te weten: vanuit de wij-cultuur is er vaak een ‘leider’ aanwezig binnen de familie. Hij of zij neemt de belangrijkste beslissingen, meestal samen met de patiënt samen. Als je weet wie dat is, dan heb je in ieder geval een vast contactpersoon. Dat maakt gesprekken voeren makkelijker.” Bulut vervolgt: “Wijs patiënten daarnaast op hun rechten: ze mogen bijvoorbeeld een second opinion aanvragen. Dat kan soms een paar dagen duren, en die tijd kan helpen bij de verwerking van slecht nieuws. En tot slot: loopt een gesprek echt stroef, dan adviseer ik zorgverleners om even te pauzeren en later verder te gaan.”

Inclusieve zorg

In zijn boek pleit Bulut voor betere cultuursensitieve zorg. “Dat is hoognodig, want inmiddels heeft 27% van de Nederlanders een biculturele achtergrond”, zegt hij. “Ik wil artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, maar ook patiënten en hun naasten om leren gaan met culturele en religieuze verschillen. Dat zal uiteindelijk leiden tot betere én inclusievere zorg.” | Drs. Roos Post, journalist

Bulut M. Wilt u weten wat u heeft?

Amsterdam: uitgeverij De Arbeiderspers; 2024. €21,99, 208 pagina's, ISBN: 9789029552813



CURRICULUM VITAE

Mustafa Bulut is kind van Turkse ouders en groeide op in Veghel. Hij studeerde Theologie aan de Hogeschool Inholland en de Vrije Universiteit Amsterdam. Daar specialiseerde hij zich in islamitische geestelijke zorg. Hij werkt bijna vijftien jaar als geestelijk verzorger: onder andere in de ouderenzorg, (forensische) psychiatrie en verschillende ziekenhuizen. Sinds ruim zes jaar is hij als geestelijk verzorger in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg werkzaam. Daarnaast is Bulut eigenaar van het OBIZ Opleidingsbureau Interculturele Zorg en spreekt hij regelmatig op congressen.

<MANDY KIDERLEN

“Oudere patiënten weten soms echt niet waaraan ze beginnen, dus is het zaak uit te leggen wat een behandeling betekent en waarom je die wel of niet zou moeten willen”



Speciale aandacht voor de oudere kankerpatiënt

Voor radiotherapeut-oncoloog dr. Mandy Kiderlen (Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag) is oncologie bij ouderen een nadrukkelijk aandachtspunt. De basis hiervoor werd al gelegd in de tijd dat zij promoveerde. De zorg en patiënten kunnen niet zonder verpleegkundig specialisten, zegt ze.

Mandy Kiderlen concludeerde uit haar promotieonderzoek dat de behandeling die oudere vrouwen met borstkanker krijgen van land tot land erg verschilt. Maar het opvallende is dat dit geen invloed heeft op de overleving. “Dat onderzoek deed ik voordat ik in opleiding ging tot radiotherapeut-oncoloog”, vertelt ze. “Ik had al interesse in oncologie in die tijd. Het probleem was dat er geen onderzoeken waren waarin specifiek de doelgroep oudere vrouwen werd geïncludeerd. Dus toen we zagen dat er grote verschillen waren in behandelstrategie voor oudere vrouwen met borstkanker, was de vraag of uit een internationale vergelijking van behandelmethoden zou kunnen worden geconcludeerd wat de beste behandelmethode was. Nee dus. Waarschijnlijk wordt het weglaten van een deel van de behandelopties aan de ene kant gecompenseerd door aan de andere kant meer te doen. Minder radiotherapie en meer endocriene therapie bijvoorbeeld, of omgekeerd.”

De hoogste mate van bewijs voor wat de beste behandeling is voor oudere vrouwen met borstkanker zal niet worden gevonden, concludeert ze. “Het is niet te doen en misschien ook onethisch om patiënten op basis van loting een bepaalde behandeling te geven of onthouden. Zeker oudere patiënten hebben vaak een voorkeur voor

wat ze wel of niet willen, waardoor ze die keuze zelf willen maken. Op basis van prospectieve onderzoeken, waarin de behandeling niet vastligt, maar waarin wel functionele uitkomsten en kwaliteit van leven worden geregistreerd, wordt onderzocht of we het ‘goed’ doen voor patiënten. Maar ook door grote groepen patiënten te analyseren met bijvoorbeeld data uit kankerregistraties kan in de toekomst achteraf worden bekeken hoe de patiënten het gedaan hebben, al zitten daar ook wel haken en ogen aan.”

Andere vragen

Het onderzoek zorgde ervoor dat ze altijd geïnteresseerd bleef in kanker bij oudere mensen. “Bij hen spelen op het gebied van de behandeling echt andere vragen dan bij jongere mensen”, zegt ze. “Ook moet je ouderen andere vragen stellen: wat is voor u belangrijk, wat wilt u nog in uw leven, hoe ver bent u bereid te gaan in de behandeling? Onze behandelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek waarin een relatief gezonde en zeker jongere populatie geïncludeerd is. Gelukkig wordt tegenwoordig in onderzoek wel meer gekeken naar de functionele gevolgen van kankerbehandeling en naar kwaliteit van leven, maar oncologisch onderzoek is nog steeds primair gericht op overleven.”

Overleving is vaak niet primair het doel van iemand van 80 jaar die een kankerdiagnose krijgt, zegt Kiderlen. “Dus vind ik het mijn taak om uit te leggen waarop een protocollaire behandeling gebaseerd is, zodat mensen een weloverwogen behandelbeslissing kunnen nemen. Ze weten soms echt niet waaraan ze beginnen, dus is het zaak uit te leggen wat een behandeling betekent en waarom je die wel of niet zou moeten willen.”

Schakel

Binnen alle aandachtgebieden waarin Kiderlen werkt, komt ze ver-

“Als de verpleegkundig specialist in het MDO over een patiënt zegt dat die vitaal genoeg is om de behandeling aan te gaan, weet ik dat dit heel zorgvuldig beoordeeld is”



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

▲ MANDY KIDERLEN

pleegkundig specialisten tegen. “Voor de radiotherapie zelf hebben we er geen”, vertelt ze, “maar ze vormen voor ons wel een heel belangrijke schakel naar onze verwijzers. Ze zijn er gedurende het hele traject dat de patiënt doorloopt. Mijn focus ligt op borstkanker, gynaecologische tumoren en neurologische tumoren en in alle drie de gevallen is de verpleegkundig specialist de eerste bij wie de patiënten terechtkomen. Ze zorgt voor de verwijzing naar mij voor de bestraling en houdt steeds een vinger aan de pols over hoe het met de patiënt gaat. In het multidisciplinair overleg (MDO) is de verpleegkundig specialist heel belangrijk. Ze bewaakt dat er een duidelijke conclusie uit komt, zodat er gebeurt wat moet gebeuren. Komt eruit dat de patiënt moet worden bestraald, dan krijg ik de volgende dag de verwijzing.”

Kan niet zonder

Het traject dat de patiënt bij radiotherapie doorloopt kan heftig zijn, maar is vrij kort. Kiderlen: “Zeker bij langere behandeltrajecten houdt de verpleegkundig specialist vinger aan de pols. Die kent de casus inhoudelijk, vormt de schakel tussen alle specialismen, maar weet ook wat zich bij de patiënt thuis afspeelt en waarmee rekening moet worden gehouden. Natuurlijk bespreek ik dat ook met de patiënt, maar mijn tijd met die patiënt is beperkt. Ik bespreek zeker met de patiënt wat de gevolgen van de behandeling kunnen zijn, maar ik ben te kort in beeld om alles te kunnen overzien.”

“ Als ik kijk wat verpleegkundig specialisten doen, hoeveel ze weten en wat ze betekenen voor de patiënt, zie ik dat ze een heel uitgebreid takenpakket hebben”

Kiderlen zegt in de oncologische zorg niet zonder de verpleegkundig specialisten te kunnen. “Maar ik denk dat vooral de patiënten niet zonder ze kunnen”, voegt ze er direct aan toe. Als ik kijk wat ze doen, hoeveel ze weten en wat ze betekenen voor de patiënt, zie ik dat ze een heel uitgebreid takenpakket hebben. Juist omdat ze zo dichtbij de patiënt staan, denk ik dat ze heel veel voldoening uit hun werk halen.”

Cursus

Uit het feit dat Kiderlen betrokken is bij een cursus over geriatrische oncologie blijkt dat de thematiek van haar promotieonderzoek haar niet heeft losgelaten. “Mijn bijdrage eraan vloeit daar rechtstreeks uit voort”, zegt ze dan ook. “De cursus is opgezet door hoogleraar Geriatrische oncologie prof. dr. Johanneke Portielje van het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden, ik ken haar nog uit mijn onderzoekstijd. Naar deze jaarlijks terugkerende cursus bestaat veel vraag, omdat er steeds meer besef is dat de oudere patiënt niet de standaardpatiënt is. Daarmee moet rekening worden gehouden bij het opstellen van het behandelplan.”

Zelf spreekt ze er over de rol van radiotherapie in de behandeling van borstkanker. Een deel van mijn promotieonderzoek had betrekking op de vraag of in bepaalde gevallen bij borstkanker de bestraling achterwege kan worden gelaten. Dat hebben we niet kunnen aantonen, maar ondertussen weten we wel dat we minder of gerichter kunnen bestralen, dus bijvoorbeeld niet per se altijd de hele borst. We doen tegenwoordig steeds minder, met hetzelfde effect en met minder bijwerkingen. De vraag is dus of het achterwege kunnen laten van bestraling nog wel zo’n relevant discussieonderwerp is.”

De verpleegkundig specialist behoort nadrukkelijk tot de doelgroep voor de cursus. Kiderlen: “Je moet de patiënt heel goed in kaart brengen om te weten waar diens kwetsbaarheden zitten. Door onze taak als radiotherapeuten in het behandeltraject ligt dat minder op onze weg. Het is bij uitstek de meerwaarde van de verpleegkundig specialist.”

De verpleegkundig specialisten van het borstkankercentrum van Haaglanden Medisch Centrum hebben de cursus gevolgd. “Binnen het borstkankercentrum raakten we geïnspireerd om extra aandacht te besteden aan de beoordeling van oudere patiënten en zeggen de verpleegkundig specialisten nu: daarvoor hoeft de patiënt niet naar de geriater of de specialist ouderengeneeskunde, dat kunnen wij zelf. Als de verpleegkundig specialist nu in het MDO over een patiënt zegt dat die vitaal genoeg is om de behandeling aan te gaan, weet ik dat dit heel zorgvuldig beoordeeld is.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)



Gegrepen door onderzoek

Als het werk voor verpleegkundig specialist AGZ Ellis Verhappen, MSc, Jeroen Bosch Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch, te vanzelfsprekend of makkelijk wordt, is dat voor haar een reden om een nieuwe uitdaging te zoeken. Die vond ze als verpleegkundig specialist in de hematologie. Haar onderzoek naar leefstijl en symptoomlast bij myeloproliferatieve aandoeningen smaakt naar meer.

Ellis Verhappen had al een dienstverband van negen jaar als verpleegkundige achter de rug bij Savant Zorg voordat ze in 2017 de overstap maakte naar de afdeling Oncologie en Hematologie van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg. “Ik wilde in het ziekenhuis gaan werken, omdat ik het medische aspect in mijn werk miste”, vertelt ze. “Oncologie was geen bewuste keuze, daar was een vacature. Maar ik kreeg er al snel affiniteit mee. Het is een uitdagend specialisme en je kunt er zoveel voor een patiënt in betekenen. Na het voltooien van de oncologie-opleiding merkte ik op een gegeven moment dat ik te veel in mijn comfortzone zat. Het begrip verpleegkundig specialist kwam steeds meer in de aandacht te staan en ik zocht een uitdaging. Wat ik op de kliniek van patiënten zag was een momentopname, ik was niet bij het hele behandelplan betrokken. De verpleegkundig specialist is dat wel, en de zelfstandigheid en eigen regie spraken me aan.”

Het eerste wat ze te horen kreeg, was: zet je privéleven maar twee jaar opzij. “De opleiding was inderdaad pittig, maar de begeleiding was heel goed. Ik heb in die opleiding een sterke groei doorgemaakt en heb veel geleerd.”

Leefstijladviezen

Sinds kort is ze verpleegkundig specialist in de hematologie, een functie die ze vervult in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. “Medisch gezien echt superuitdagend”, zegt ze. “Hematologie is een beetje een eigen eilandje, het is een vak op zich en veel ervan is niet protocollair.

“Wie ziek wordt, raakt het vertrouwen in zijn lichaam kwijt en moet zich overgeven aan de behandeling”



▲ ELLIS VERHAPPEN

Daarin heb ik zeker de uitdaging gevonden waarnaar ik op zoek was.” Op de polikliniek merkte ze al snel dat in het patiëntencontact steeds meer aandacht besteed werd aan leefstijl. “Met het oog op het Integraal Zorgakkoord en wat er op ons af gaat komen aan toenemende zorgvraag en personeelskrachte een logische ontwikkeling”, zegt ze. “Ik wilde er kwalitatief onderzoek naar doen. Hiervoor keek ik naar welke patiëntengroep een aandoening had met een meer chronisch beloop waarbij leefstijlbegeleiding mogelijk echt iets kan toevoegen. Zo kwam ik uit bij de myeloproliferatieve aandoeningen polycythemia vera (PV) en essentiële trombocytose (ET).”

Het zijn allebei kwaadaardige aandoeningen van de hematopoëtische stamcel, de cel waaruit alle bloedcellen ontstaan. Bij PV zijn de rode bloedcellen in aantal toegenomen, maar vaak ook de witte bloedcellen en bloedplaatjes. Bij ET zijn de bloedplaatjes sterk toegenomen. De behandeling is in beide gevallen gericht op het voorkomen van veneuze en arteriële trombose.

Verhappen: “Bij beide is sprake van een toename van cytokines die een inflammatoire reactie in het lichaam kunnen veroorzaken. Van bepaalde aspecten van een ongezonde leefstijl weten we ook dat het een inflammatoire toestand kan veroorzaken door toename van cytokines. Daarentegen kan een gezonde leefstijl de inflammatoire toestand verminderen. Ik wilde onderzoeken of er een relatie was tussen de leefstijl en symptoomlast van deze patiënten, zodat we gerichte leefstijladviezen konden geven.”

Hoge respons

Verhappen gebruikte een samengestelde vragenlijst om een beeld te krijgen van de leefstijl van patiënten. Om symptoomlast te meten, gebruikte ze de Myeloproliferative Neoplasm-Symptom Assessment Form (MPN-SAF). “Van de 266 patiënten die ik hiervoor uitnodigde, vulden 131 de vragenlijst volledig in”, vertelt ze. “Een verrassend hoge respons. Misschien heeft dit te maken met het ziektebeeld, waarbij we vaak weinig aan symptomen als vermoeidheid of concentratieverlies kunnen doen.”

Slechts 2% van de patiënten gaf aan een hoog stressniveau te ervaren. “Ik had een hoger percentage verwacht”, zegt ze. “Toch blijkt er een relatie te zijn tussen stress en de mate van symptoomlast. Stress lijkt dus wel de symptoomlast te verhogen, maar er is meer onderzoek nodig om deze relatie vast te stellen. Daarbij zou het interessant zijn het stressniveau van mensen met PV en ET ook te vergelijken met de gezonde populatie.”

Yoga en meditatie

Op basis van haar bevindingen kwam Verhappen tot de conclusie dat stressreducerende interventies als yoga en meditatie helpend kunnen zijn. “In eerdere literatuurstudie was ik dit advies ook al tegengekomen”, vertelt ze. “Beide hebben vooral invloed op de vermoeidheid die mensen ervaren. Mijn conclusie was daarom dat het efficiënte instrumenten kunnen zijn om ook bij PV en ET stress en daarmee de symptoomlast te verlagen.”

Ook van andere ziektebeelden is al bekend dat yoga en meditatie helpend kunnen zijn voor patiënten. “Ik ben me er ook erg van bewust in mijn patiëntencontacten”, vertelt ze. “Bijvoorbeeld bij patiënten die slecht slapen stel ik

< ELLIS
VERHAPPEN

FOTO NFP PHOTOGRAPHY

“Hematologie is een beetje een eigen eilandje, het is een vak op zich en veel ervan is niet protocollair”

ademhalingsoefeningen of meditatieapps voor als ze ervoor open staan. Vooraf weet je dat natuurlijk niet. Maar als je erover begint en goede uitleg biedt, willen ze het vaak wel proberen. Ze weten niet altijd goed wat mediteren is. Het moet ook wel een beetje bij je passen natuurlijk. In het verleden werd het een beetje als zweverig gezien, maar er komt steeds meer wetenschappelijk bewijs voor de waarde ervan. Zelfs een ademhalingsoefening kan al effect hebben op iemands welbevinden.”

De rol van BMI

In andere onderzoeken werd ook een relatie gevonden tussen roken of BMI op de symptoomlast van patiënten met ET of PV. “In mijn onderzoek waren maar weinig patiënten met PV of ET die roken”, zegt Verhappen. “Wel hadden veel van de patiënten een hoog BMI. Het is dus zinvol om bij hen gewichtsverlies bespreekbaar te maken. Wat we in ieder geval kunnen doen, is een opening bieden om het over BMI te hebben en dan de patiënt te verwijzen naar de goede plek om daar gerichte hulp bij te krijgen. In ons ziekenhuis hebben we daar het leefstijlloket voor, maar ook de huisarts of de diëtist kunnen waardevol zijn. Als we een patiënt verwijzen, kunnen we ook gebruikmaken van het platform *Beter Verwijs*.¹ Veelal zijn de instanties waarnaar we verwijzen dan ook vergoed.”

Het is dus zeker zaak de symptoomlast goed in kaart te brengen.

“Als verpleegkundig specialisten doen we dit al goed. Bij de internist-hematologen is het nog wat minder vanzelfsprekend. Daarom kijk ik nu of we hematologische patiënten al thuis de MPN-SAF vragenlijst kunnen laten invullen, zodat ze een manier hebben om aan te geven waarover ze het in het volgende consult willen hebben. Het is waardevol als je als behandelaar weet wat voor de patiënt belangrijk is in het dagelijks leven.”

Vervolg

Verhappen heeft de smaak van onderzoek doen te pakken. “Ik heb mijn opleiding net achter de rug, dus ik wil me even inwerken, maar ik vind leefstijl een mooi onderwerp om verder onderzoek op te doen. Er wordt weliswaar al veel onderzoek naar gedaan, maar toch vooral bij solide tumoren en veel minder bij hematologie. Wie ziek wordt, raakt het vertrouwen in zijn lichaam kwijt en moet zich overgeven aan de behandeling. Goed met je lichaam blijven omgaan is dan bij uitstek een onderwerp waarop de patiënt nog eigen regie kan houden. En het is fijn als we daar als verpleegkundig specialisten goed onderbouwde adviezen over kunnen geven.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)

Referentie

1. Beter Verwijs. Te raadplegen via www.beterverwijs.nl/

ADVERTENTIE

HRD-TESTEN bij ovariumcarcinoom



Te volgen via de QR code of op oncologie.nu/hrd

Nu beschikbaar als geaccrediteerde e-learning!

Ingrid Boere · Heleen van Beekhuizen · Floris Groenendijk · Erik Jan Dubbink



Vakgroep verbindt collega's urologische oncologie

Verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn in de urologische oncologie met elkaar verbinden, kennis delen en ervaringen uitwisselen, dat zijn de doelen van de onlangs opgerichte vakgroep Uro-oncologie. Twee leden van de vakgroep, Joost de Baaij, MANP (verpleegkundig specialist AGZ op de polikliniek Urologie van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen) en Suzan Ras, MSc (verpleegkundig specialist AGZ Oncologie in Franciscus Gasthuis & Vlietland Rotterdam) vertellen graag meer over de vakgroep en roepen collega's op zich bij hen aan te sluiten.

Sinds 2024 is het deelnetwerk Uro-oncologie van de VSO omgedoopt tot vakgroep, vertelt Suzan Ras. "Het is maar hoe je het noemt, maar de term 'vakgroep' komt professioneler over en legt meer gewicht in de schaal bij collega-zorgverleners." Belangrijke doelen van de vakgroep zijn het delen van kennis en ervaringen via de jaarlijkse masterclass in oktober en het ontwikkelen van documenten die de verpleegkundig specialisten urologische oncologie ondersteunen bij hun werkzaamheden, zoals het Zorgpad Botgezondheid bij prostaatkarcinoom, volgens Joost de Baaij.

Kleine clubjes

Uitwisseling van kennis en ervaring met vakgenoten is cruciaal in een vakgebied waarin veel nieuwe ontwikkelingen zijn, benadrukken Ras en De Baaij. "Door te participeren in de vakgroep, kunnen collega's nieuwe inzichten opdoen, vaardigheden verbeteren en bijdragen aan de ontwikkeling van innovatieve behandelmethoden en zorgpaden", zegt De Baaij. Ras vult aan: "Door deelname aan de vakgroep leren verpleegkundig specialisten op het gebied van urologische oncologie elkaar beter kennen. De groep verpleegkundig specialisten met aandachtsgebied prostaatkanker is relatief groot, maar het aantal verpleegkundig specialisten die nier- en blaaskanker behandelen is veel kleiner. Elke groep heeft een stukje kennis dat je kan vermeerderen als je elkaars inzichten deelt. Daarom willen we met de vakgroep een platform bieden om in elkaars keuken te kijken en ervaringen met elkaar uit te wisselen. Er is veel te delen rondom nieuwe behandelingen van bijvoorbeeld niercelcarcinoom, denk aan immunotherapie en tyrosinekinaseremmers."



▲ JOOST DE BAAIJ

Ras:

“De term ‘vakgroep’ komt professioneler over dan deelnetwerken en legt meer gewicht in de schaal bij collega-zorgverleners”



▲ SUZAN RAS

De Baaij: “Door te participeren in de vakgroep kunnen collega’s nieuwe inzichten opdoen, vaardigheden verbeteren en bijdragen aan de ontwikkeling van innovatieve behandelmethoden en zorgpaden”

Masterclass

Een van de middelen om onderling kennis uit te wisselen, is de jaarlijkse masterclass. De Baaij: “Tijdens de masterclass laten we verpleegkundig specialisten aan het woord over hun expertisegebied binnen de urologische oncologie. Met welke nieuwe behandelingen hebben ze bijvoorbeeld ervaring opgedaan? Zelf ben ik gespecialiseerd in de behandeling van prostaatcarcinoom en Suzan heeft specifieke kennis van immunotherapieën bij nierceltumoren. Deze diversiteit aan kennis wil je bundelen en delen.” Ras: “Daarom wil je al die afzonderlijke groepjes verpleegkundig specialisten die her en der in het land werken met elkaar verbinden, zodat ieders kennis benut kan worden. Best practices kunnen worden gedeeld en overal worden geïmplementeerd”.

De Baaij: “Deelname aan de vakgroep biedt de kans om samen te werken met experts op het gebied van urologische oncologie en gezamenlijk te streven naar de best mogelijke zorg voor patiënten. Daarnaast geeft deelname aan de vakgroep een waardevolle invulling aan diverse CanMEDS-rollen, zoals samenwerking, communicatie en professionaliteit.”

Zorgpad botgezondheid

Een belangrijk wapenfeit dat de vakgroep uro-oncologie tot nog toe bereikt heeft, is de ontwikkeling van een zorgpad voor botgezondheid bij de behandeling van prostaatcarcinoom. Dit toont hoe de vakgroep kan functioneren in het van elkaar leren en samen nieuwe dingen ontwikkelen, geeft De Baaij aan.

Ras: “Er is veel te delen rondom nieuwe behandelingen van niercelcarcinoom”

“We hebben een document ontwikkeld dat dient als blauwdruk voor hoe andere ziekenhuizen dit zorgpad kunnen inrichten. Sinds een jaar of tien zijn er veel meer behandelingen beschikbaar gekomen voor prostaatkanker, zoals abirateron en enzalutamide, in combinatie met hormoonbehandeling. Hierdoor leven mannen met prostaatkanker langer en komen langetermijnbijwerkingen van hormoonbehandeling, bijvoorbeeld osteopenie en osteoporose, prominenter naar voren. Er is daarom meer aandacht voor botgezondheid nodig. In Nederland was er binnen de urologie nog weinig oog voor botgezondheid. Een uroloog beschikt niet over specifieke kennis met betrekking tot osteoporose en zal wellicht niet direct overwegen om hierop te screenen of een DEXA-scan uit te voeren. De verpleegkundig specialist is in mijn ogen de geschiktste behandelaar voor osteoporosepreventie en het voorkomen van botcomplicaties bij gemetastaseerd prostaatkarcinoom.”

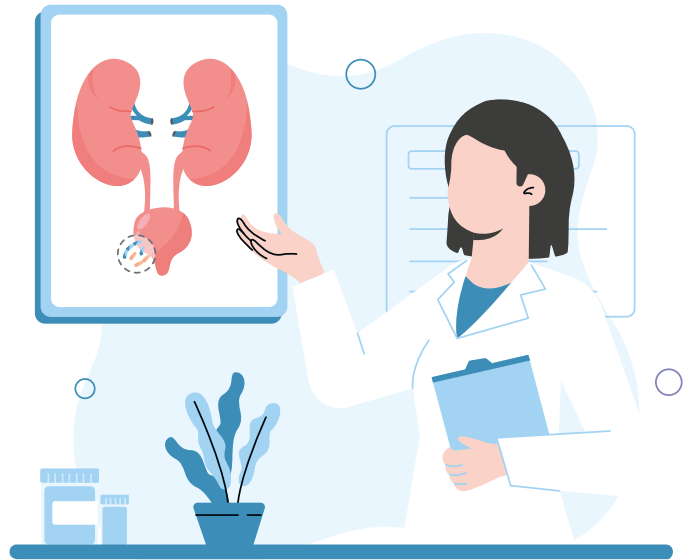
Positie

Verder kan een vakgroep helpen om verpleegkundig specialisten nog beter te positioneren, zegt De Baaij. “Hoe sterk de positie is van een verpleegkundig specialist kan per ziekenhuis en ook per afdeling binnen een ziekenhuis sterk verschillen. Zelf heb ik een goede positie in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis. In feite doe ik wat een uroloog ook doet. Vaak ziet een patiënt die bij ons komt de uroloog niet eens meer, omdat ik alles zelf kan inzetten. Ik doe de diagnose, voer biopsies uit en start zelf de behandeling, bijvoorbeeld androgeendeprivatietherapie al dan niet in combinatie met een androgeenreceptorsignaalremmer, of verwijst naar de radiotherapeut of internist-oncoloog.”

Ook Ras heeft een sterke positie in haar ziekenhuis. “Niet in die mate als Joost, want bij ons komen de patiënten om en om bij de verpleegkundig specialist en de internist-oncoloog, maar we zitten wel aan tafel bij het verpleegkundig stafbestuur. Tegelijkertijd is de bekendheid van onze beroepsgroep op bepaalde afdelingen binnen ons ziekenhuis gering. Zo vroeg ik een keer een radioloog om aanvullende diagnostische informatie bij een patiënt die ik behandelde. ‘Laat je baas even bellen’, was zijn reactie. Mijn ‘baas’, een internist-oncoloog, heeft toen gebeld om uit te leggen dat ik de positie had om deze aanvullende informatie zelfstandig op te vragen. De positie van de verpleegkundig specialist staat of valt met de samenwerking met medisch specialisten.”

Uitdagingen

De vakgroep is het ideale gremium om onderling te sparren over versterking van de positie van de verpleegkundig specialisten in het ziekenhuis, zo geven Ras en De Baaij aan. “Daar zijn alle verpleegkundig specialisten op hun eigen werkgebied mee bezig. Ook zouden



we hoger willen uitkomen op de salarisschalen, meer in lijn met het behandelaarsniveau waarop we werken”, zegt De Baaij.

Ras: “Een andere uitdaging is de tijd die we – niet – krijgen voor het werk dat we doen naast het houden van spreekuur. Mijn werkzaamheden voor de vakgroep moet ik in mijn eigen tijd doen.” “Belangrijk voor jezelf is dat je prioriteiten stelt bij wat je wilt doen. Je bent al snel met veel dingen tegelijk bezig”, vult De Baaij aan. “Zo doe ik ook de kwartaalanalyses voor operateurs binnen Prosper – een samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen op het gebied van radicale prostatectomie. Maar dat kost best wat tijd en je moet daarom grenzen stellen bij welke taken je buiten de dagelijkse productie wil doen.”

Oproep

Tot slot roepen de Baaij en Ras hun collega's in de urologische oncologie op om vooral mee te doen met de vakgroep. “Meld je bij ons aan als je iets doet in dit vakgebied. We realiseren ons dat verpleegkundig specialisten die op dit gebied werkzaam zijn, een zeer gemêleerd gezelschap vormen. Sommigen zullen dit vakgebied uitoefenen als onderdeel van een breed scala aan werkzaamheden binnen de urologie, inclusief de functionele urologie, terwijl anderen dit doen als onderdeel van een breder palet aan oncologische werkzaamheden. Zodoende behandel ik ook patiënten met een hematologische indicatie”, zegt Ras.

“Hoe dan ook, meld je aan bij ons, zodat we kennis en ervaringen op het urologisch-oncologisch vakgebied met elkaar kunnen delen. We willen duidelijker krijgen wie er allemaal bij onze vakgroep horen en de onderlinge verbinding bevorderen”, zo besluit De Baaij. | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Besluitvorming bij gevorderde longkanker

Dorien Zondag rondde in september 2024 de MANP-opleiding af aan de HAN University of Applied Sciences, Nijmegen. Voor haar masterthesis heeft zij in een kwalitatief onderzoek gekeken naar het besluitvormingsproces dat patiënten met stadium IV-longkanker doorlopen ten aanzien van het wel of niet aangaan van een behandeling met systeemtherapie. De onderzoeksperiode liep van december 2023 tot en met april 2024.

Doel

Longkanker is onder te verdelen in vier stadia, waarbij stadium IV het laatste stadium is. Hierbij is de ziekte gemetastaseerd en niet te genezen. Patiënten met stadium IV-longkanker komen voor de keuze te staan of zij een behandeling met palliatieve chemo- en/of immunotherapie willen ondergaan, of dat zij kiezen voor palliatieve zorg zonder tumorgerichte behandeling. Beide keuzes hebben voor- en nadelen. Gezamenlijke besluitvorming speelt een grote rol bij het maken van deze keuze. Het doel van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in hoe het besluitvormingsproces verloopt in Ziekenhuis Rivierenland ten aanzien van wel of geen palliatieve behandeling met systeemtherapie aangaan bij patiënten met stadium IV-longkanker en wat zij hierbij nodig hebben.

Methode

Er werd gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Dataverzameling vond plaats in de periode van december 2023 tot en met april 2024 door middel van het afnemen van semigestructureerde interviews met patiënten gediagnosticeerd met longkanker stadium IV die het besluitvormingsproces reeds doorlopen hadden. Hierbij werd gebruikgemaakt van een topiclijst die tussentijds aangepast werd op eerder verzamelde data. Van de interviews zijn audio-opnamen gemaakt die verbatim



▲ **DORIEN ZONDAG**

getranscribeerd werden. Data-analyse vond plaats door middel van het model van thematische analyse, waarbij thema's gezocht werden die in verband stonden met de onderzoeksvraag. Hierbij werd gebruikgemaakt van het softwareprogramma ATLAS-ti.

Resultaten

De onderzoekspopulatie bestond uit acht respondenten met niet-kleincellig of kleincellig longkanker stadium IV. Deze respondenten hadden allen gekozen om behandeling met systeemtherapie aan te gaan. De belangrijkste resultaten geven weer dat dit geen moeilijke keuze was. De keuze was intrinsiek en werd over het algemeen snel gemaakt. Belangrijke doelen van patiënten om systeemtherapie aan te gaan waren levensverlenging, verbetering van de kwaliteit van leven en het actief iets kunnen doen tegen de ziekte. Deze doelen wogen op tegen eventuele bijwerkingen van systeemtherapie. Respondenten gaven aan dat behandelopties direct na het slechte nieuws besproken kunnen worden, ondanks dat informatie vergeten werd nadat zij de diagnose kregen. Tijdens het bespreken van behandelopties werden de voors en tegens van systeemtherapie en palliatieve zorg zonder tumorgerichte behandeling niet volledig besproken door de medisch en verpleegkundig specialist, ook werden behandeldoelen van respondenten niet besproken. De gesprekken met zorgprofessionals tijdens het proces werden over het algemeen als prettig ervaren. Voldoende consulttijd tijdens het bespreken van behandelopties en een empathische en eerlijke houding werden als belangrijk gezien tijdens het besluitvormingsproces.

Conclusie

Het besluitvormingsproces van patiënten met stadium IV-longkanker wordt door hen niet als een moeilijk proces beschouwd. Het is een intrinsieke keuze die niet beïnvloed wordt door naasten of zorgverleners. Patiënten hebben in dit proces voldoende tijd van zorgprofessionals nodig. Een open en empathische houding vanuit de medisch en verpleegkundig specialist is hierbij van belang. Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de begeleiding die geboden wordt tijdens dit besluitvormingsproces, al zijn er wel enkele kanttekeningen. Zo lijken de stappen van gedeelde besluitvorming niet volledig doorlopen te worden, waardoor patiënten niet volledig geïnformeerd worden. Hiernaast wordt duidelijk dat patiënten informatie vergeten na het ontvangen van slecht nieuws; aandacht hiervoor is van belang tijdens het bespreken van de behandelopties.

Voor meer informatie:
Dorien.Jacobs-Zondag@zrt.nl

◀ **Masterthese Dorien Zondag,**
verpleegkundig specialist AGZ,
Ziekenhuis Rivierenland te Tiel

Psychologische *distress* en indolent non-hodgkinlymfoom

Jeanique Kuiper rondde in augustus 2024 de MANP-opleiding af aan de HAN University of Applied Sciences te Nijmegen. Voor haar masterthesis onderzocht zij de prevalentie van psychologische *distress* en de relatie met kwaliteit van leven bij patiënten met indolent non-hodgkinlymfoom. De onderzoeksperiode liep van december 2023 tot en met april 2024.

Doel

Ongeveer 40% van de non-hodgkinlymfomen betreft een niet-agressieve, laaggradige vorm, bekend als indolent non-hodgkinlymfoom. Omdat volledige genezing van dit type lymfoom in de meeste gevallen nog niet mogelijk is, vindt behandeling alleen plaats bij het ontstaan van ziektegerelateerde klachten. Tot die tijd worden patiënten zorgvuldig gemonitord (*watchful waiting*). Dankzij verbeterde behandelmogelijkheden leven deze patiënten langer, met een vijfjaarsoverleving van 86% in 2022, waardoor zij feitelijk met kanker als chronische ziekte leven. Onderzoek toont aan dat een levenslange confrontatie met kanker onzekerheid en onvoorspelbaarheid met zich meebrengt, wat kan leiden tot psychologische *distress* en een lagere kwaliteit van leven. Daarnaast kunnen sociodemografische en klinische kenmerken patiënten predisponeren voor psychologische *distress*. Het doel van dit onderzoek was om de prevalentie van psychologische *distress* en de daarmee geassocieerde sociodemografische en klinische kenmerken, evenals de kwaliteit van leven bij deze patiënten, te onderzoeken.

Methode

Het betrof een kwantitatief onderzoek met een cross-sectioneel design. Er werden gegevens verzameld van patiënten gediagnosticeerd met indolent non-hodgkinlymfoom die werden behandeld in Ziekenhuis Rivierenland, Tiel of elders in Nederland en gebruikmaakten van een landelijk patiëntenplatform. De onderzoeksperiode liep van december 2023 tot en met april 2024.

Patiënten rapporteerden hun sociodemografische en klinische kenmerken. Psychologische *distress* werd gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), en de kwaliteit van leven met de Quality of Life Questionnaire Core-30 en de Non-Hodgkin Lymphoma Low Grade-vragenlijsten van de European Organization for Research and Treatment of Cancer. Sociodemografische en klinische kenmerken van patiënten uit het regionale ziekenhuis en van het patiëntenplatform werden vergeleken, evenals de prevalentie van psychologische *distress*. Op basis van de totaalscore van de HADS werd de onderzoekspopulatie verdeeld in twee groepen:

niet *distressed* (<13) en wel *distressed* (≥13). Deze twee groepen werden vergeleken op sociodemografische en klinische kenmerken, evenals op kwaliteit van leven.

Resultaten

In totaal hebben 352 patiënten deelgenomen aan het onderzoek. De prevalentie van psychologische *distress* was 30,7%, met een hogere prevalentie in de regionale setting (41,7%). Psychologische *distress* was geassocieerd met het vrouwelijk geslacht, een lager opleidingsniveau, *watchful-waiting* beleid en comorbiditeit. Er werd een sterk verband waargenomen tussen psychologische *distress* en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Patiënten met psychologische *distress* rapporteerden een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, lagere scores op de functionele schalen, meer zorgen over gezondheid en functioneren, en een hogere symptoomlast in vergelijking met patiënten zonder psychologische *distress*.

Conclusie

Bij een derde van de patiënten werd psychologische *distress* waargenomen, geassocieerd met geslacht, opleidingsniveau, behandelingsstatus, comorbiditeit en kwaliteit van leven. Zorgprofessionals moeten zich bewust zijn van de psychologische *distress* die patiënten kunnen ervaren, met specifieke aandacht voor predisponerende sociodemografische en klinische kenmerken.

Aanbevelingen

Screening op psychologische *distress* is een belangrijk onderdeel van de zorg voor patiënten met indolent non-hodgkinlymfoom; bijvoorbeeld met de HADS of Lastmeter, die een breder spectrum aan problemen in kaart brengt. Toekomstig onderzoek is noodzakelijk om de prevalentie van psychologische *distress* bij verschillende typen indolent non-hodgkinlymfoom te verkennen en om te bepalen of omgevingsfactoren hieraan bijdragen. Longitudinaal onderzoek is essentieel om de ontwikkeling van psychologische *distress* in de loop van de tijd beter te begrijpen.

Voor meer informatie:
jeanique.kuiper@zrt.nl

Masterthesis **Jeanique Kuiper**, >
verpleegkundig specialist AGZ,
Ziekenhuis Rivierenland te Tiel



Agenda

Masterclass Leefstijl en Integrated Medicine	28 januari 2025
Masterclass Gynaecologie-oncologie	11 februari 2025
Masterclass Neuro-oncologie	13 februari 2025
Masterclass Laaggeletterdheid en lage sociale vaardigheden	11 maart 2025
12^e VSO Voorjaarssymposium	3 & 4 april 2025
Masterclass GE-oncologie	17 april 2025
Masterclass Long-oncologie	13 mei 2025
Masterclass Hematologie	22 mei 2025

Voor actuele informatie netwerkvso.nl/agenda



Colofon

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 5 van *Oncologie Up-to-date* 2024, uitgegeven door Uitgeverij Jaap.

Redactieraad

Gabriëlla de Boer-Betten

Haaglanden Medisch Centrum, Leidschendam

Desi van den Boogaard

Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Sandra de Bruijn

Reinier de Graaf, Delft

Mascha Juffermans

Hospice Kajjan, Hilversum

Erik van Muilekom

Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

Sylvia Verhage

Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Aan dit nummer werkten mee:

Astrid Danen, Chris Gorzeman, Jeroen van Kooten, Marc de Leeuw, Richard Martens, NFP Photography, Luciano Ôlz, Marijke van Oosten, Roos Post, Frank van Wijck en Ziekenhuis Rivierenland

Advertenties

Uitgeverij Jaap

E-mail: tomsmit@uitgeverij-jaap.nl

Tel.: 06 - 43 15 68 31

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

4.000 stuks

LONGKANKER IN PERSPECTIEF Editie 9 - 2024

voor zorgprofessionals over de ontwikkelingen bij longkanker

We kijken ernaar uit om elkaar dit jaar weer te ontmoeten in Breukelen en u bij te praten over de allernieuwste ontwikkelingen op het gebied van longkanker. Dit jaar focussen we o.a. op de thema's moleculaire diagnostiek, therapie en bijwerkingenmanagement en samen beslissen met keuzehulp.

PROGRAMMA LONGKANKER IN PERSPECTIEF 2024

- 08.30u - 09.15u** **Ontvangst en registratie**
- 09.15u - 09.30u** **Welkom**
Pfizer Oncology in samenwerking met de tumorwerkgroep Pulmonale Oncologie
- 09.30u - 10.15u** **Update Moleculaire diagnostiek**
Dr. J.W.J. Hinrichs, KMBP, Symbiant Alkmaar
- 10.15u - 10.45u** **Koffiepauze**
- 10.45u - 11.45u** **Update Immunotherapie en bijwerkingenmanagement**
Dr. R. Cornelissen, longarts, Erasmus MC Rotterdam
- 11.45u - 12.45u** **Update Doelgerichte therapie en bijwerkingenmanagement**
Dr. G. Ruiter, longarts, NKI-AvL Amsterdam
- 12.45u - 13.45u** **Lunch**
- 13.45u - 14.45u** **Personalised medicine in de dagelijkse praktijk**
Dr. G.D.M. Veerman, longarts io, Erasmus MC Rotterdam
- 14.45u - 15.30u** **Waarom samen beslissen?**
Dr. J. Ankersmid-Matos Miguel, projectcoördinator 'Nationale uitrol samen beslissen met keuzehulp longkanker', Santeon
- 15.30u - 16.00u** **Koffiepauze**
- 16.00u - 16.45u** **Handvatten voor samen beslissen**
Dr. J. Ankersmid-Matos Miguel, projectcoördinator 'Nationale uitrol samen beslissen met keuzehulp longkanker', Santeon
- 16.45u - 17.00u** **Afsluiting**
Pfizer Oncology in samenwerking met de tumorwerkgroep Pulmonale Oncologie



SAVE THE DATE:
**5 november
2024**

AANMELDEN?



Scan de QR-code om u
aan te melden voor de
9^e editie van Longkanker
in perspectief

Doelgroep: VS'en, oncologie- en longverpleegkundigen, longartsen en in opleiding alsmede fellows met aandachtsgebied longoncologie.

Scan de QR-code
om te zien hoe
het er vorig jaar
aan toe ging



'Longkanker in perspectief' wordt georganiseerd door Pfizer samen met de tumorwerkgroep Pulmonale Oncologie van de V&VN Oncologie

Accreditatie is aangevraagd
bij VSR, V&VN en NAPA.

