

VS.

Verpleegkundig Specialisten
Oncologie, Hematologie en
Palliatieve Zorg

FG 65: haalbaar
voor verpleegkundig
specialisten AGZ?

Terugblik
12^e Voorjaars-
symposium
*Verpleegkundig
Specialisten
Oncologie*

“Ga in gesprek
over sociale en
spirituele items in
de palliatieve fase”

juni
2025

2

Don't you wish your next mCRPC treatment was **AGGRESSIVE AND TOLERABLE** at the same time?¹⁻³



With Xofigo[®], you don't have to choose

The combined OS benefit and proven tolerability of Xofigo gives you the power to be tough on prostate cancer, not on your patients.¹⁻³



*Xofigo[®] is a treatment option for adult patients with metastatic CRPC (mCRPC), symptomatic bone metastases and no visceral metastases, progressing after ≥ 2 lines of systemic therapy, or ineligible for systemic treatment for mCRPC.²

References: 1. Parker C, Nilsson S, Heinrich D, et al. Alpha emitter radium-223 and survival in metastatic prostate cancer. N Engl J Med. 2013;369 (3):212-223. 2. Xofigo[®] (radium Ra223 dichloride) solution for injection SmPC 09/2023. 3. Nilsson S, Cislo P, Sartor O, et al. Patient-reported quality-of-life analysis of radium-223 dichloride from the phase III ALSYMPCA study. Ann Oncol. 2016;27 (5):868-874.

mCRPC: metastatic castration-resistant prostate cancer; OS: overall survival.

Voor de verkorte product informatie, zie elders in deze uitgave.

Date last revised 22-11-2024 - PP-XOF-NL-0231-1

VS.

Verpleegkundig Specialisten
Oncologie, Hematologie en
Palliatieve Zorg

Voorwoord



MASCHA JUFFERMANS

verpleegkundig specialist
Hospice Kajan
Hilversum



ERIK VAN MUILEKOM

verpleegkundig specialist
Antoni van Leeuwenhoek
Amsterdam

De ontwikkelingen in ons vak, zowel inhoudelijk als beleidsmatig, zijn dit voorjaar in volle gang. Dat is duidelijk terug te zien in de waardevolle artikelen in deze nieuwe editie van VS.

Een belangrijke ontwikkeling is de duidelijke meerwaarde die de NVMO en SONCOS ervaren van de inzet van de verpleegkundig specialist binnen het oncologische en palliatieve zorgland-schap. Gelijkaardigheid is het uitgangspunt voor samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen in het kader van rolversterking. Daarnaast worden in het interview met Menno Jacobs de huidige voorwaarden besproken voor inschaling in FWG-functiegroep 65. Ook wordt de vernieuwde aanpak van herregistratie toegelicht, waarbij de verpleegkundig specialist meer regie krijgt over het eigen ontwikkeltraject tijdens een registratieperiode.

Verder in deze editie een uitgebreid verslag van het VSO Voorjaarssymposium. Een vast onderdeel hiervan is het debat onder leiding van Tom van 't Hek, dit keer over bevolkingsonderzoeken naar kanker: wat zijn de voor- en tegenargumenten op dat vlak, moeten we screening uitbreiden of niet? Daarnaast vertelt Tom over zijn persoonlijke loopbaan van huisarts naar professioneel gespreksleider.

Medisch inhoudelijk valt er daarnaast weer nieuws te ontdekken. Zo komt er meer aandacht voor bijwerkingen van antikankerbehandelingen, zoals cardiotoxiciteit – een belangrijk, maar soms onderbelicht aspect. Sheila Koederings en twee collegae verpleegkundig specialisten ontwikkelden een praktijkgerichte kennismodule over dit onderwerp, die zeker het verkennen waard is. Verder is de herziene richtlijn *Botmetastasen* verschenen. De eerste richtlijn was monodisciplinair opgezet, maar bij deze versie zijn verschillende disciplines betrokken geweest.

Hoewel de Gamma Knife al enige tijd beschikbaar is als bestralingsapparaat, wordt deze techniek nog onvoldoende benut volgens JanCoert Toerse. Deze nauwkeurige behandelmethode blijkt steeds vaker een curatieve rol te spelen.

Naast klinische ontwikkelingen besteden we aandacht aan andere belangrijke thema's. Het Wereld Kanker Onderzoeksfonds – bij velen nog onbekend – deelt waardevolle, wetenschappelijk onderbouwde inzichten over leefstijl en gezondheid.

Tot slot richten we ons op communicatie. Een artikel vol tips voor effectieve communicatie in de spreekkamer biedt handvatten voor de dagelijkse praktijk. Daarnaast is het *Utrecht Symptoom Dagboek (USD)* uitgebreid met vragen over sociale en existentiële dimensies. Tom Lormans was betrokken bij de validatie van deze vijf nieuwe items op sociaal en spiritueel vlak.

Deze editie biedt een inspirerende mix van klinische kennis, beleidsontwikkelingen en communicatievaardigheden – gericht op betere patiëntenzorg en verdere professionalisering van het vak van de verpleegkundig specialist.

Veel leesplezier en een mooie zomer gewenst!

Mascha Juffermans en Erik van Muilekom



14

Nieuw herregistratiesysteem voor verpleegkundig specialisten - een update

Interview met Irma de Hoop



17

12^e Voorjaars-symposium Verpleegkundig Specialisten Oncologie



22 Kennismodule Cardiotoxiciteit in de Oncologie-Hematologie

Interview met Sheila Kooderings en Olivier Manintveld

40

Preventie is hét doel bij bestrijding misselijkheid door chemokuren

Interview met Daphne den Besten



Inhoud

- 3** Voorwoord
- 6** Samen de zorg inrichten
Interview met An Reyners en Marcel Verheij
- 9** FG 65: haalbaar voor verpleegkundig specialisten AGZ?
Interview met Menno Jacobs
- 14** Nieuw herregistratiesysteem voor verpleegkundig specialisten - een update
Interview met Irma de Hoop
- 17** 12^e Voorjaarssymposium Verpleegkundig Specialisten Oncologie
- 17** *Debat 'Screening en bevolkingsonderzoeken: pro en con'*
- 20** *Winnaar innovatieprijs 2025*
- 21** *Vios Masterthesis 2025*
- 22** Kennismodule Cardiotoxiciteit in de Oncologie-Hematologie
Interview met Sheila Koederings en Olivier Manintveld
- 26** Multidisciplinaire richtlijn Botmetastasen
Interview met Yvette van der Linden en Joris Ploegmakers
- 29** Zeer precies bestralingsapparaat werkt als chirurgisch mes bij hersenmetastasen
Interview met JanCoert Toerse
- 33** "Ga in gesprek over sociale en spirituele items in de palliatieve fase"
Interview met Tom Lormans
- 36** Bundeling van wetenschap en vertaling naar aanbevelingen
Interview met José Breedveld
- 40** Preventie is hét doel bij bestrijding misselijkheid door chemokuren
Interview met Daphne den Besten
- 44** Van huisarts naar debatvoorzitter
Interview met Tom van 't Hek
- 47** Kies je woorden bewust – juist in de spreekkamer
Interview met Sarah Gagestein
- 50** Masterthesis
Nadia van Galen
- 51** Agenda en colofon
- 44** Van huisarts naar debatvoorzitter
Interview met Tom van 't Hek





Samen de zorg inrichten

De verpleegkundig specialist is een vaste waarde in het oncologische zorglandschap, stellen prof. dr. An Reyners (internist-oncoloog in UMC Groningen en voorzitter van de NVMO) en prof. dr. Marcel Verheij (radiotherapeut-oncoloog in Radboudumc, Nijmegen, en voorzitter van SONCOS). Wel zien beiden enkele punten in de samenwerking in het oncologieteam die aandacht behoeven.

“De verenigingen NVMO en SONCOS hebben een gedeelde visie over de functie van de verpleegkundig specialist in de oncologie”, zegt An Reyners. Die gedeelde visie is terug te vinden in het jongste SONCOS-normeringsrapport.¹ Voor de totstandkoming daarvan was de NVMO een van de participerende partijen van het platform Oncologie – SONCOS.

“Alle informatie over de taken en bevoegdheden van de verpleegkundig specialisten als zelfstandig behandelaar is erin opgenomen, in samenspraak met de beroepsvereniging V&VN VS”, zegt Marcel Verheij. “De inhoud van het normeringsrapport wordt gedragen door alle deelnemers van dat platform. Dit onderstreept het belang dat in de oncologie aan deze functie wordt gehecht.”

Plaatsbepaling

Met de toenemende roep om taakherschikking in de oncologie is het zaak goed zicht te krijgen op de vraag welke verpleegkundig specialist op welke plaats kan worden ingezet, stelt Verheij: “Er zijn veel verschillende richtingen van verpleegkundige specialisaties, waaronder verpleegkundig specialisten, met uiteenlopende takenpakketten. Daarnaast zijn er ook de physician assistants. Bij beiden bestaan veel mogelijkheden voor taakherschikking. Het zou waardevol voor ons zijn als de verdeling hiervan in onderlinge samenhang tussen de verschillende groepen kan worden bekeken.”

Een herkenbaar punt, reageert Reyners. “Ze hebben verschillende functieomschrijvingen. Op papier en in de werkuitvoering is het onderscheid dus duidelijk. Maar bij de verpleegkundig specialisten moet er wel rekening mee worden gehouden dat zij in de oncologie worden ingezet op een specifiek onderdeel daarvan en dat die onderdelen niet altijd inwisselbaar zijn. Een verpleegkundig specialist die in hoofd-halsoncologie is opgeleid en een overstap maakt naar mamma-carcinoom, zal voor dat specifieke onderdeel aanvullend moeten worden opgeleid. Nu de functie steeds meer ingevuld gaat worden, gaan we er gaandeweg meer zicht op krijgen dat dit soort zaken aandacht behoeven. Dit is belangrijk om de duurzame inzet van de verpleegkundig specialisten te kunnen waarborgen.”

Ervaring

In de radiotherapie heeft Verheij weinig ervaring met verpleegkundig specialisten. “Wel is er een grote groep physician assistants in radiotherapeutisch Nederland”, zegt hij. Reyners werkt in de medische oncologie juist wel veel met verpleegkundig specialisten. “Ik ben ook blij met de toegevoegde waarde die ze aan de oncologische zorg bieden”, zegt ze. “Ze kunnen ook een rol vervullen als regievoerend



▲ MARCEL VERHEIJ

Reyners:

“Verpleegkundig specialisten zijn een onderdeel van het stafonderwijs aan de fellows, en ze doen een deel van het werk dat wij eerder als medisch specialisten deden”



▲ AN REYNERS

Verheij: “In de normering en centralisatie die nu op de agenda staat, vormen de belangen en het werkplezier van de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een belangrijk thema”

behandelaar. Maar in ons ziekenhuis zijn dit veel vaker oncologie-verpleegkundigen.”

Reyners vraagt zich af waarom in het ene ziekenhuis meer physician assistants werken en in het andere meer verpleegkundig specialisten. “Het idee is dat ze – weliswaar vanuit een andere achtergrond – een beetje hetzelfde soort werk gaan doen”, zegt ze. Dat klopt, reageert Verheij. “In ons geval hebben ze veelal een achtergrond als medische beeldvormings- en bestralingsdeskundige. Maar ook zij zien, net als de verpleegkundig specialisten, binnen een afgebakend therapeutisch gebied zelfstandig patiënten.”

Rol in bijeenkomsten

De aanwezigheid van verpleegkundig specialisten bij congressen, symposia en refereeravonden van SONCOS en NVMO is voor beiden een uitgemaakte zaak. “We doen samen de zorg, dus ik zie echt een rol voor ze bij die bijeenkomsten”, zegt Reyners. “Ze zijn een onderdeel van het stafonderwijs aan de fellows, en ze doen een deel van het werk dat wij eerder als medisch specialisten deden. Dus moeten ze ook medisch-technisch up-to-date blijven.”

De verpleegkundig specialisten brengen op die bijeenkomsten ook kennis in, zegt Verheij. “In onze refereeravonden leveren ze bijdragen als het onderwerp zich daarvoor leent.”

Samenwerking bevorderen

In een interview in de vorige editie van dit tijdschrift vertelde Piet-Hein Buiting (toen voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten) dat de

Federatie het als haar taak ziet de samenwerking tussen medisch specialisten en verpleegkundig specialisten in algemene termen te bevorderen, via contacten op bureau niveau met V&VN VS. Maar de inhoudelijke gesprekken per vakgebied liggen bij de wetenschappelijke verenigingen. “Daaraan geven we ook invulling”, zegt Verheij. “De input van V&VN VS aan het SONCOS Normeringsrapport is een voorbeeld. Daarnaast was V&VN als koepelorganisatie betrokken bij de Ronde Tafel Oncologie in het kader van het Integraal Zorgakkoord. Daar wordt ook echt naar hen geluisterd. Terecht, want in de normering en centralisatie die nu op de agenda staat, vormen de belangen en het werkplezier van de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een belangrijk thema.”

Reyners sluit zich hierbij aan: “Er is geen medisch specialist die het werk zonder ze kan doen. Dus moeten we ook samen de zorg inrichten.” Samenwerking is niet alleen een breed gedragen wens, stelt Verheij, het is met het dreigende personeelstekort in de zorg ook keihard nodig. “Het is in ons belang het vak van de verpleegkundig specialist aantrekkelijk te houden”, zegt hij. “Wellicht kunnen we daarvoor taakherschikking nog een niveau verder doortrekken.” Wel is het zaak hierin evenwicht te blijven nastreven, stelt Reyners: “De verpleegkundig specialisten doen een groot deel van de geprotocolleerde zorg. We moeten ervoor waken dat de arts straks alleen nog maar slechtnieuwsgesprekken voert. Het takenpakket moet logisch, maar ook voor beide partijen prettig verdeeld blijven. Voor de verpleeg-

kundig specialisten begint het takenpakket zich nu steeds meer uit te kristalliseren. Het is dus zaak hierover in gesprek te blijven.”

Uitdaging

Verheij ziet een mogelijk knelpunt in het behoud van de ruimte voor verpleegkundig specialisten voor na- en bijscholing. “Dat is nodig om je te kunnen blijven ontwikkelen in het vak en om het leuk te houden”, zegt hij. “Als het patiëntenaanbod blijft groeien en de personeelskrapte ook, kan dit een probleem worden.” Inderdaad iets wat aandacht behoeft, reageert Reyners. “Daarom hebben wij al geregeld dat de ruimte hiervoor blijft bestaan. Ik zie vooral een uitdaging om het werk het hoofd te kunnen blijven bieden.”

Daar komt wel nog een aspect bij, vult Verheij aan: de gevolgen die de afspraken rondom spreiding en concentratie in het kader van het Integraal Zorgakkoord gaan hebben. “Dit brengt ook een herverdeling van personeel met zich mee”, zegt hij. “We verwachten van de verpleegkundig specialisten dat ook zij hun rol pakken in de discussie hierover in hun ziekenhuis en in de regio.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

Referentie

1. SONCOS Normeringsrapport 13 2025. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. Te raadplegen via demedischspecialist.nl/sites/default/files/2025-02/soncos_normeringsrapport_versie_13_2025.pdf

ADVERTENTIE

Bij een EGFRi-behandeling: help uw patiënt met

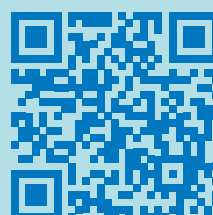
huidverzorging



EGFR-remmers kunnen huidbijwerkingen geven.¹ Verzorging van de huid is van belang om dit zoveel mogelijk te beperken.¹

Om patiënten met gemetastaseerd colorectaal carcinoom hierbij te ondersteunen, kunnen zij eenmalig een huidverzorgingsset aanvragen. Scan de QR-code en lees hoe.

1. Guggina LM, et al. *Oncol Ther*. 2017; 5, 135–148.



cloud.amgeninfo.com/huidzorg

AMGEN
Oncologie



FG 65: haalbaar voor verpleegkundig specialisten AGZ?

Tijdens het Voorjaarssymposium van de verpleegkundig specialisten oncologie ging Menno Jacobs, relatiebeheerder sociale partners voor Stichting FWG, met verpleegkundig specialisten in discussie over hun functiewaardering. De twee sessies die hij hierover verzorgde, maakten duidelijk dat dit een onderwerp is waarover bij de beroepsgroep veel vragen bestaan.

Functiewaardering is het logisch en transparant ordenen van functies. Die ordening is de basis en legitimering onder de beloningsverhoudingen voor (bijna) alle functies in de zorg. Het zijn de cao-partijen die bepalen of het FWG-systeem van toepassing is voor een zorgbranche, door deze in de cao op te nemen, de FWG-procedures in de cao te bepalen en de FWG-functiegroepen te koppelen aan de specifieke loonlijn in de cao.

Cao-partijen gebruiken functiewaardering als basis voor de rechtvaardige ordening van functies in de zorg, voor het voorkomen van concurrentie op primaire arbeidsvoorwaarden, voor controle op een eerlijke verdeling van de loonsom en voor het inzichtelijk maken van de functieordening in een organisatie.

Onduidelijkheid

Voor de zorg is de functiewaardering goed geregeld met het FWG-systeem, stelde Menno Jacobs in zijn presentatie. Een van de functies in het systeem is de verpleegkundig specialist AGZ. De presentatie

tijdens het voorjaarssymposium maakte duidelijk dat onder deze beroepsgroep veel onduidelijkheid bestaat over het FWG-systeem en dat er ook sprake is van frustratie over de waardering van de eigen functie.

“De presentatie die ik tijdens het voorjaarssymposium gaf, had daarom onder andere tot doel te verduidelijken wat functiewaardering nu precies is, hoe dit werkt, welke partijen erbij betrokken zijn en waar wij als Stichting FWG wel en niet van zijn”, vertelt Jacobs. “Het FWG-systeem werkt met een ‘meetlat’, een uniforme en gestandaardiseerde methode met criteria (negen gezichtspunten en 97 aspecten) waarmee alle functies in de zorg worden beoordeeld. Deze methode is door cao-partijen vastgesteld.”

Objectieve versus beleefde waarde

De verpleegkundig specialist AGZ is op basis van het functieonderzoek op de niveaus FG 55 en FG 60 in het FWG-systeem opgenomen. Het zijn de ontwikkelingen in het vak waardoor verpleegkundig specialisten van mening zijn dat ze inmiddels in FG 65 horen te zitten. “Het is een onderwerp waarover onduidelijkheid bestaat”, zegt Jacobs. “Dat heeft enerzijds te maken met het gegeven dat sprake is van arbeidsmarktkrapte, die ook geldt voor verpleegkundig specialisten. Die arbeidsmarktkrapte is van invloed op de beleefde waarde van functies. Organisaties delen functies die schaars zijn soms hoger in dan de objectieve waarde die uit het FWG-systeem komt. Daar lopen wij ook tegenaan. Het verwijst is dan dat het FWG-systeem niet deugt. ‘Daar zijn ze allemaal in FG 65 ingedeeld’, klinkt het dan op social media, in verwijzing naar een bepaald ziekenhuis waar dit het geval zou zijn. Maar dat is dus niet zomaar waar. Het geldt hooguit voor

“We willen dus weten of er écht inhoudelijke veranderingen zijn en onderscheiden dit nadrukkelijk van de beleefde waarde van de functie”

“We beoordelen met de peilstok of er voldoende inhoudelijke ontwikkelingen zijn die aanleiding zijn om opnieuw onderzoek te doen”

een beperkt aantal verpleegkundig specialisten. En in de overige situaties gaat het veelal om beloningsbeleid. Dit is overigens dan een keuze van de werkgever, niet van Stichting FWG. Net zoals de werkgever bepaalt wat wel of niet onderdeel uitmaakt van de functie. En de precieze taken en context zijn van invloed op de indeling, die daardoor per organisatie kan verschillen. ‘De’ verpleegkundig specialist bestaat niet. Anderzijds heeft het te maken met het niet altijd bekend zijn met hoe een indeling tot stand komt, hoe het functie-

onderzoek wordt gedaan, wat meegenomen wordt en waarin, of hoe het FWG-systeem werkt.”

Ook klopt het beeld dat onder een deel van de verpleegkundig specialisten leeft dat de physician assistants wel in groten getale in FG 65 zouden zitten, niet. “Ook voor hen geldt dat de functie op de niveaus FG 55 en FG 60 in het FWG-systeem is opgenomen”, zegt Jacobs.

Functiegroep 60 als maatstaf

“Uit de praktijk blijkt dat als er correct wordt ingedeeld veelal FG 60 de maatstaf is. Toch kan in specifieke situaties sprake zijn van overschrijding van de groepsgrens FG 60/FG 65 en daarmee FG 65”, vertelt Jacobs. “In deze specifieke situaties moeten verpleegkundig specialisten werkzaam zijn binnen een acuut specialisme (IC, cardiologie, SEH, verloskunde) of een snijdend specialisme (chirurgie of orthopedie). Ook moeten ze fungeren als zaalarts, waarbij regelmatig acuut moet worden ingegrepen. Daarnaast moeten minimaal twee van de volgende activiteiten aan de orde zijn: chirurgische ingrepen gedurende minimaal één dag per week, het initiëren van wetenschappelijk onderzoek en presenteren/publiceren of het verrichten van medisch technische handelingen met een hooggespecialiseerde

▼ 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.



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 antagonisten. **Afleverstatus:** U.R. Houder van de vergunning voor het in de handel brengen: Shionogi B.V. Herengracht 464, 1017CA Amsterdam. **Datum:** september 2024.

NL-RIZM-2025-00003

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



bewegingsvaardigheid, zoals het intuberen, het inbrengen van arteriële lijnen en het verrichten van thoraxdrainage.”

Deze specifieke situaties zijn opgesteld naar aanleiding van het functieonderzoek. “Wij hebben deze werkzaamheden in enkele functies aangetroffen”, zegt Jacobs. “Maar in onvoldoende mate dat het voldoet aan de voorwaarden om ze op te nemen in de kernfunctie. Wel zijn ze als toelichting in het FWG-systeem opgenomen. Tijdens de presentatie op het voorjaarssymposium kreeg ik de indruk dat verpleegkundig specialisten dachten dat dit voor de physician assistants anders ligt. Maar dat is niet zo, voor beide functies is dit hetzelfde. Zuiver functiewaarderingstechnisch is FG 65 met de huidige meetlat een uitzondering.”

Frustratie

Maar ongeacht of de physician assistants nu wel of niet in FG 65 zitten, veel verpleegkundig specialisten lieten merken dat zij vinden dat zij er in ieder geval wél in horen. Een van de aanwezigen stelde dat bij de meetlat alleen naar het medische domein wordt gekeken, terwijl verpleegkundig specialisten ook veel taken hebben die andere professionals in FG 65 ook doen. Een andere frustratie is dat de

verpleegkundig specialisten vinden dat zij meer verantwoordelijkheden hebben dan basisartsen, maar dat op die laatste wel FG 65 van toepassing is.

Weer een andere frustratie heeft betrekking op de verantwoording. ‘Als wij iets niet zien is dat een medische misser en moeten we ons verantwoorden voor het tuchtrecht. Die verantwoordelijkheid zien we niet terug in de waardering’, zei een van de aanwezigen. “Goed dat dit werd aangegeven”, zegt Jacobs. “Het geeft ons nog beter inzicht in de vragen die leven en waar wij bij het informeren en communiceren op in kunnen gaan. Want bijvoorbeeld die verantwoordelijkheid is zeer zeker bij het indelen meegenomen, maar hoe kun je dit dan terugzien in je indeling of in het FWG-systeem? Op www.fwg.nl/fwg-systeem kunnen medewerkers terecht met dit soort vragen en voor informatie over het FWG-systeem, het indelen en het functieonderzoek. Daarnaast kan ook de HR-afdeling van de eigen organisatie om informatie gevraagd worden.”

Peilstok

Stichting FWG doet jaarlijks functieonderzoek met als hoofddoel het FWG-systeem te laten aansluiten bij de werkpraktijk waarin het wordt toegepast. De bestandsinhoud moet actueel zijn en herkenbaar voor het veld. Op 1 oktober 2022 zijn de resultaten van het laatste onderzoek naar de verpleegkundig specialist AGZ in het FWG-systeem opgenomen. Met cao-partijen is afgesproken om tweeënhalf jaar later te kijken wat de stand van zaken is qua ontwikkeling van de functie.

“De functie ontwikkelt zich inderdaad”, zegt Jacobs. “We beoordelen met de peilstok of er voldoende inhoudelijke ontwikkelingen zijn die aanleiding zijn om opnieuw onderzoek te doen. Daarvoor praten we met de veldpartijen, de opleiders, de beroepsverenigingen en de werkgevers. We willen dus weten of er écht inhoudelijke veranderingen zijn en onderscheiden dit nadrukkelijk van de beleefde waarde van de functie. Mochten we samen met cao-partijen tot de conclusie komen dat een nieuw onderzoek inderdaad aan de orde is, dan zou dit een vervroegd onderzoek zijn. Normaal gesproken doen we dit namelijk eens in de zes jaar, maar als de aanleidingen er zijn gaan we dat onderzoek vervroegd herhalen.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

FOTO JONI ISRAELI

< **MENNO
JACOBS**

“De arbeidsmarktkrapte is van invloed op de beleefde waarde van functies”

De meerwaarde van de MammaPrint als predictieve test voor verlengde endocriene therapie bij vroegstadium-borstkanker

Een deel van de patiënten met hormoonreceptor-positieve vroegstadium-borstkanker heeft baat bij verlengde endocriene therapie. Welke patiënten dit precies zijn was tot voor kort nog onvoldoende duidelijk. Uit twee recentelijk gepubliceerde studies blijkt echter dat de Mamma-Print de groep patiënten kan identificeren bij wie verlengde endocriene therapie van toegevoegde waarde kan zijn. Internist-oncoloog dr. Sonja Vlieg (UMC Utrecht) en verpleegkundig specialist AGZ Simon van der Kruk, MSc (Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam) delen hun visie op de onderzoeksresultaten en mogelijke implementatie van deze genomische test. Van der Kruk: "Ik vind het absoluut een pre dat er bij de uitslag van de MammaPrint sinds 31 maart 2025 informatie wordt gegeven over het wel of niet aanbieden van verlengde endocriene therapie."

Volgens de Nederlandse richtlijn komen zowel pre- als postmenopauzale vrouwen met hormoonreceptor-positieve (HR+) vroegstadium-borstkanker en een intermediair of hoog risico op recidief in aanmerking voor adjuvante endocriene therapie gedurende vijf jaar.¹ "Welke patiënten ook in aanmerking komen voor een verlengde adjuvante endocriene therapie is best een ingewikkelde vraag. In principe zijn dit patiënten met een klinisch hoog risico en dan met name patiënten die tumorpositieve lymfeklieren hebben. Aan het einde van de reguliere endocriene therapie bespreken we dan of het meerwaarde heeft om de therapie te verlengen, zodat we ook de laatste inzichten mee kunnen nemen in dit besluit. Bij premenopauzale patiënten betreft dit dan een verlengde therapie met tamoxifen tot een totaal van tien jaar en bij postmenopauzale patiënten een verlengde behandeling met een aromataseremmer, meestal tot een totaal van zeven à acht jaar, afhankelijk van de gegeven voorbehandeling", aldus Sonja Vlieg.

Voor- en nadelen

Simon van der Kruk neemt aan dat alle Nederlandse centra de verlengde endocriene therapie over het algemeen aan vergelijkbare patiënten aanbieden. "Wel zijn er door de diversiteit aan patiëntenpopulaties verschillen in het percentage patiënten dat de volledige vijf jaar van de reguliere endocriene therapie afrondt en mogelijk voor verlenging in aanmerking komt." Vlieg denkt dat dit percentage bij de geselecteerde patiëntenpopulatie in het UMC Utrecht rond de 80% is, terwijl Van der Kruk schat dat dit in het Maasstad Ziekenhuis significant lager is. Als belangrijkste voordelen van verlengde adjuvante endocriene therapie bij vroegstadium-borstkanker ziet Vlieg de vermindering van het langdurige risico op recidieven en het risico op een tweede primaire borstkanker.² "De voornaamste nadelen van de therapie zijn de bijwerkingen, waaronder gewrichtsklachten, opvliegers, stemmingswisselingen, gewichtstoename, libidoverlies en botontkalking.



▲ SONJA Vlieg

Ik denk wel dat endocriene therapie geassocieerd is met een nocebo-effect en dat bij in elk geval een deel van de patiënten de behandeling een kleinere last zou zijn als de patiënten minder geconfronteerd zouden worden met alle negatieve berichtgeving op het internet. Daar ligt voor ons een belangrijke rol in goede voorlichting en begeleiding.

NSABP B-42 en IDEAL

De uitkomst van verlengde adjuvante endocriene therapie werd in verschillende klinische studies onderzocht. Zo werden in de gerandomiseerde fase 3-NSABP B-42-studie de werkzaamheid en veiligheid onderzocht van vijf jaar letrozol of placebo bij postmenopauzale vrouwen met HR+ stadium I-IIIa-mammapcarcinoom, die na vijf jaar endocriene therapie ziektevrij waren. Uit de resultaten bleek dat letrozol geassocieerd was met een significant, maar bescheiden betere ziektevrije overleving (DFS) – de primaire uitkomstmaat van



▲ SIMON VAN DER KRUK

de studie – met een absoluut verschil ten opzichte van placebo van 3,3%.³ Letrozol was ook geassocieerd met een significante verbetering van het borstkankervrije interval (BCFI) en het percentage recidieven op afstand (DR).

In de vergelijkbare fase 3-IDEAL-studie werd de uitkomst onderzocht van tweeënhalf of vijf jaar letrozol bij postmenopauzale vrouwen met HR+ vroegstadium-borstkanker, die ziektevrij waren na vijf jaar endocriene therapie. De primaire resultaten lieten zien dat vijf versus tweeënhalf jaar letrozol niet geassocieerd was met een significant betere DFS, algehele overleving of metastasen-op-afstandvrije interval.⁴ Vliek: “Over het algemeen lieten de studies naar verlengde endocriene therapie zien dat er net niet een significante verbetering was van de werkzaamheid, maar dat er wel voor bepaalde patiënten winst leek te zijn. Daarom initieerde de Early Breast Cancer Trialists’ Collaborative Group een literatuuronderzoek en meta-analyse, waaruit bleek dat verlengde endocriene therapie wel degelijk geassocieerd is met een lagere recidiefkans.”⁵ Van der Kruk: “Hiervoor geldt wel het voorbehoud dat de verwachting is dat de patiënt deze verlengde behandeling goed zal verdragen.”

MammaPrint

Volgens zowel Van der Kruk als Vliek kan een predictieve genomische test, zoals de MammaPrint, de besluitvorming rond verlengde endocriene therapie ondersteunen. Bij retrospectieve analyse van de B-42-studie werd gezien dat de patiënten met een laag genomisch risico

volgens MammaPrint een DFS-voordeel van 9,5% hadden van de verlengde endocriene therapie, in tegenstelling tot de patiënten met een hoog genomisch risico, waarbij er zelfs een negatief DFS-verschil (-1,6%) was.⁶ Ook de IDEAL-studie liet vergelijkbare resultaten zien bij vijf jaar versus tweeënhalf jaar verlengde endocriene therapie. Hierbij was het absolute voordeel voor de uitkomstmaat DR-vrij 10,1% bij MammaPrint Laag Risico, terwijl dit slechts 0,9% was bij MammaPrint Hoog Risico.⁷

Vliek: “Vanuit een biologisch perspectief zijn deze resultaten logisch. We weten namelijk dat een deel van de patiënten agressieve borst-tumoren heeft die na behandeling geassocieerd zijn met relatief snelle recidieven. Tegelijkertijd zijn er patiënten met tumoren die zich minder agressief gedragen, maar over een zeer lange periode geassocieerd zijn met een verhoogd risico op recidieven en daardoor misschien wel het moeilijkst te behandelen zijn. Het lijkt erop dat de MammaPrint deze twee subpopulaties uit elkaar trekt en wel op basis van genexpressieprofielen en niet van klinische kenmerken.”

Landelijke discussie

Vliek vertelt dat vanwege de besluitvorming rond het wel of niet geven van adjuvante chemotherapie Nederlandse centra beschikken over MammaPrint-uitslagen bij een deel van de patiënten met vroegstadium-borstkanker met een klinisch hoog risico. “In principe zou je bij deze patiënten dus ook die uitslag kunnen gebruiken bij de besluitvorming over de verlengde endocriene therapie. Of we voor deze behandelkeuze ook bij andere patiënten de MammaPrint kunnen inzetten, zal een onderwerp van landelijke discussie worden. Zelf denk ik dat we op basis van de goed uitgevoerde retrospectieve analyses van de B-42- en IDEAL-studie al heel veel aanwijzingen hebben dat de MammaPrint van waarde is bij de besluitvorming rond verlengde endocriene therapie. Het zou mooi zijn als we in de toekomst een deel van de patiënten kunnen vertellen dat ze geen verlengde endocriene therapie nodig hebben. Tegelijkertijd zullen andere patiënten juist baat hebben bij een verlengde endocriene therapie. Wat we momenteel nog onvoldoende weten is de waarde van de MammaPrint bij patiënten met een N2- of N3-status, bij patiënten met HER2-positieve, HR+ borstkanker en bij premenopauzale patiënten. Daarnaast is het nog onduidelijk wat de optimale duur is van de verlengde endocriene therapie. Het zou mooi zijn als we ook in deze onderwerpen meer inzicht krijgen op basis van nieuwe pro- of retrospectieve studies.” | Dr. Robbert van der Voort, medical writer.

Deze tekst en interviews werden mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van Agendia.

Vliek: “Zelf denk ik dat we op basis van de B-42- en IDEAL-studie al heel veel aanwijzingen hebben dat de MammaPrint van waarde is bij de besluitvorming rond de verlengde endocriene therapie”

Referenties

1. Nederlandse richtlijn Borstkanker. Te raadplegen via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/borstkanker/startpagina_-_borstkanker.html
2. Bekes I, et al. Cancers 2023;15:4190.
3. Mamounas EP, et al. J Natl Cancer Inst 2023;115:1302-9.
4. Blok EJ, et al. J Natl Cancer Inst 2018;110:40-8.
5. Gray R, et al. Cancer Res 2019;79(4_Suppl):GS3-03.
6. Rastogi P, et al. J Clin Oncol 2024;42:3561-9.
7. Van 't Veer LJ, et al. JAMA Netw Open 2024;7:e2447530.

A portrait of a smiling woman with short, wavy grey hair. She is wearing a white blouse with a vibrant pink and purple floral pattern. A blue circular graphic is overlaid on the left side of the image, containing a quote. The background is a plain, light grey.

IRMA >
DE HOOP

“Een zorg die geuit
werd door partijen die in
de klankbordgroep zaten,
ging over de kwaliteit van
de na- en bijscholing”



Nieuw herregistratie-systeem voor verpleegkundig specialisten - een update

Het huidige herregistratiesysteem voor verpleegkundig specialisten gaat op de schop. Binnen het traject 'Bekwaamheid in de toekomst' is men druk bezig met een nieuw systeem, waarin verpleegkundig specialisten zelf hun scholingstraject kunnen opstellen. Intrinsieke motivatie is daarbij het uitgangspunt. "Alleen moet de kwaliteit van de scholing wel zijn gewaarborgd en dat blijkt nog een uitdaging", vertelt Irma de Hoop MSc, voorzitter van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde.

Circa tien jaar geleden sijpelden bij de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) signalen binnen, waaruit bleek dat verpleegkundig specialisten de herregistratie-eisen voor deskundigheidsbevordering te star vinden. Er zijn te weinig mogelijkheden om nascholing voor herregistratie aan te laten sluiten bij de persoonlijke werksituatie en ontwikkelbehoefte. "Mensen moeten scholing kiezen uit het verplichte pakket", vertelt Irma de Hoop. "Voor sommigen past die scholing niet bij de werksituatie en voegt dan ook niets toe aan hun bekwaamheid."

Diverse maatregelen die de RSV nam, verhielpen dat euvel niet; het roer moest radicaler om. Vandaar dat er nu gewerkt wordt aan een nieuw herregistratiesysteem dat gebaseerd is op intrinsieke motivatie.¹ De Hoop: "Als je intrinsiek gemotiveerd bent, dan wil je graag iets leren. Dat werkt doorgaans beter dan een systeem waarin iedereen verplichte scholing volgt. Reden voor de RSV om naar een systeem te gaan waarin we vooral die intrinsieke motivatie aanspreken."

Samen met het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) bedacht de RSV een systeem waarin verpleegkundig specialisten hun persoonlijke leerwensen formuleren en daarbij de eigen scholing bepalen voor de volgende registratieperiode.

Verschillen met het huidige systeem

De eisen die in het huidige systeem gelden zijn: 4.160 uur aan werkervaring en 200 uur aan deskundigheidsbevordering in vijf jaar. De uren deskundigheidsbevordering dienen te bestaan uit ten minste

100 uur geaccrediteerde bij- en nascholing, ten minste 40 uur intercollegiale toetsing (ICT) en hoogstens 60 uur overige deskundigheidsbevorderende activiteiten (ODA), zoals meewerken aan een richtlijn, onderzoek doen of lesgeven.

"Wat betreft de werkervaringseis verandert er niets in het nieuwe systeem", zegt De Hoop. "Het zit hem vooral in de deskundigheidsbevordering." Voor dat laatste komt er in het nieuwe systeem een stappenplan, waarmee de na- en bijscholing wordt aangepast op de behoeften in de persoonlijke beroepssituatie. De eisen voor geaccrediteerde scholing, ICT en ODA komen te vervallen.

Pilot

In 2023 is een pilot gedaan waarin 32 verpleegkundig specialisten de eerste stappen van het nieuwe herregistratiesysteem doorliepen: zelf-assessment, herregistratieplan opstellen en feedback vragen op het

"Dat is wat wij willen: dat mensen scholing gaan volgen, omdat zij het belangrijk vinden en niet omdat zij punten moeten verzamelen voor herregistratie"

plan bij een *peer* (in principe een andere verpleegkundig specialist),² Deelnemers aan de pilot gaven aan dat zij voldoende vrijheid hadden om na- en bijscholing te kiezen die paste bij hun bekwaamheidsbevordering. De Hoop: “Ze gaven ook allemaal aan dat zij door het nieuwe systeem werden aangezet tot het nadenken over hun eigen ontwikkeling. Dat is wat wij willen: dat mensen scholing gaan volgen, omdat zij het belangrijk vinden en niet omdat zij punten moeten verzamelen voor herregistratie.”

Het plan was om naar aanleiding van de pilotresultaten het voorlopige ontwerp van het nieuwe herregistratiesysteem aan te passen naar een definitief ontwerp en het nieuwe systeem in 2026 in te voeren.

Masterniveau

Op basis van de pilot uit 2023 en gesprekken met partijen uit de klankbordgroep (V&VN en V&VN VS) blijkt dat het nieuwe systeem iets meer versteviging nodig heeft en dat een tweede pilot op zijn plaats is. De Hoop: “Een zorg die geuit werd door partijen die in de klankbordgroep zaten, ging over de kwaliteit van de na- en bijscholing. De scholing die mensen in het nieuwe systeem kunnen kiezen is niet per se geaccrediteerde scholing. Zelfs als het relevant is voor het werk dat iemand doet.” Als voorbeeld noemt zij een verpleegkundig specialist die gaat werken in een verpleeghuis. “Stel dat diegene niet voldoende thuis is in wondzorg, dan kan hij of zij een training of cursus wondzorg opnemen in het persoonlijke scholingsplan. In het nieuwe herregistratiesysteem zou je die cursus of punten kunnen opvoeren voor herregistratie. Maar een cursus op het niveau van een verpleegkundige is niet geaccrediteerd voor verpleegkundig specialisten. Voor verpleegkundig specialisten is een postmasterniveau op zijn plaats. Bij de nieuwe methode beoordeelt niemand de kwaliteit van de scholing en toetst niemand of het past bij het niveau van je beroep. Daar maken V&VN en V&VN VS zich wel zorgen om. Zij willen niet dat een aangepaste herregistratiemethode de positie van de verpleegkundig specialist schaadt. De vraag is dus: hoe garandeer je de kwaliteit van de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten als zij zelf een persoonlijk leertraject mogen uitstippelen?”

“Het gaat dus vooral om het evenwicht tussen intrinsieke motivatie en het waarborgen van kwaliteit”

Evenwicht

Momenteel buigen verschillende partijen zich over verbetering van de nieuwe methode voor herregistratie. Dit keer zitten V&VN en V&VN VS niet in de klankbordgroep van het project ‘Bekwaamheid in de toekomst’, maar samen met de RSV en CSV in de stuurgroep. Het uitgangspunt is nog steeds dat verpleegkundig specialisten hun eigen scholingstraject uitstippelen. Maar om de kwaliteit van de scholing, en dus de beroepsuitoefening, te waarborgen, zullen daar toch een aantal criteria voor gaan gelden.

De Hoop: “We denken na over een aantal uitgangspunten. Bijvoorbeeld dat de scholing een directe relatie moet hebben met het beroepsprofiel. We bekijken ook of bij- en nascholingen aan een minimaal niveau moeten voldoen. We moeten kunnen aantonen dat verpleegkundig specialisten een masterniveau hebben. Het gaat dus vooral om het evenwicht tussen intrinsieke motivatie en het waarborgen van kwaliteit. Dat blijkt wel een uitdaging te zijn.”

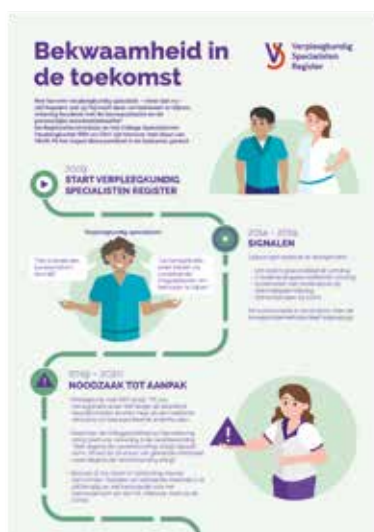
Tweede pilot

Als de nieuwe criteria helder zijn, zal een tweede pilot van start gaan. Dit keer van een grotere orde dan de eerste keer. “Voor de nieuwe pilot includeren we een paar honderd mensen”, zegt De Hoop. “We starten met mensen die toch al een herregistratietraject in gaan. Zij kunnen dan kiezen of zij volgens het huidige systeem hun herregistratie willen doen of volgens het nieuwe systeem.” De pilot staat gepland voor 2026. Aan de hand van de resultaten kan het nieuwe herregistratiesysteem nog worden aangepast, alvorens het wordt ingevoerd.

Natuurlijk bestaat de kans dat de resultaten zodanig zijn, dat wordt afgezien van een nieuw systeem. De Hoop acht die kans klein. “Die mogelijkheid bestaat in theorie, maar we zijn met dit traject gestart, omdat verpleegkundig specialisten het huidige systeem te veel als een keurslijf ervoeren. We willen mensen de mogelijkheid geven om zelf hun scholing te kiezen op basis van hun motivatie en niet op basis van een verplicht lijstje. Dat is een fundamenteel andere insteek. En daar gaan we dus voor.” | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Bekwaamheid in de toekomst: nieuwe methode herregistratie. Te raadplegen via www.venvn.nl/registers/verpleegkundig-specialisten-register/herregistratie/bekwaamheid-in-de-toekomst-nieuwe-methode-herregistratie
2. Pilotdeelnemers positief over nieuwe methode herregistratie. Te raadplegen via www.venvn.nl/registers/verpleegkundig-specialisten-register/nieuws/pilotdeelnemers-positief-over-nieuwe-methode-herregistratie





12^e Voorjaarssymposium Verpleegkundig Specialisten Oncologie

Op 3 en 4 april jl. was het jaarlijkse voorjaarssymposium van het Netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie. De sfeer was er goed: veel enthousiasme en een goede vibe. Wellicht kwam dat mede door het schitterende weer. Net als vorig jaar togen de deelnemers naar de sportieve locatie Papendal, Arnhem, waar zij zowel plenaire als parallelsessies konden volgen. Nieuw dit jaar was een apart (parallel)programma over de palliatieve zorg. Natuurlijk ontbrak hét debat niet. Dit jaar ging het over de voors en tegens van bevolkingsonderzoeken naar kanker. Daarnaast werd de VSO-innovatieprijs uitgereikt en was er een presentatie van de Vios Masterthesis.

Debat 'Screening en bevolkingsonderzoeken: pro en con'

Het jaarlijkse debat van het VSO Voorjaarssymposium ging dit jaar over voors en tegens van bevolkingsonderzoeken en bijbehorende screeningsprogramma's. Gespreksleider Tom van 't Hek ondervroeg vijf panelleden over bestaande en kandidaat-bevolkingsonderzoeken.

Tom van 't Hek stelt dat bij de discussie over het nut van een screeningsprogramma sensitiviteit en specificiteit van de screeningstest een belangrijke rol spelen. "Maar waar gaat het bij sensitiviteit en specificiteit precies om?", vraagt hij. Sandra van Dijk, afdelingshoofd Bevolkingsonderzoeken naar kanker Nederland van het RIVM, legt uit: "Sensitiviteit is de kans dat als iemand ziek is, we met de test ook aantonen dat iemand ziek is. Specificiteit is andersom: als iemand niet ziek is, dat de test ook niet aangeeft dat iemand ziek is. Als de

V VLNR: RODERICK VAN DEN BERGH, CARIN LOUIS, SANDRA VAN DIJK, TRUUSKE DE BOCK EN FRITS JANSEN



FOTO IRIS SPAINK

Louis: "Risicogestuurd screenen is belangrijk om te voorkomen dat je mensen onnodig oproept en ongerust maakt"

Jansen: “Diagnostiek doen bij een ouder iemand met een beperkte levensverwachting is niet zinvol”

specificiteit van de test te laag is, dan maak je veel mensen onnodig ongerust, doe je onnodig extra tests en maak je onnodig kosten. Bij een te lage sensitiviteit mis je te veel mensen bij wie wel degelijk iets aan de hand is.” Een goede test is dus een van de belangrijkste vereisten voor een zinvol bevolkingsonderzoek.

Leeftijd

Een ander belangrijk aspect is de leeftijdscategorie waarin de screening moet plaatsvinden. Carin Louis, belangenbehartiger Passende behandelingen en diagnostiek van de NFK: “De bestaande bevolkingsonderzoeken hebben leeftijd als een van de factoren waarop iemand deel kan nemen aan een bevolkingsonderzoek. Om over- of onderdiagnostiek te voorkomen, wil je meer risicogestuurd screenen en dus meer factoren mee laten wegen. Maar het kan dus ook dat we de leeftijdsgrens juist aanpassen wanneer daar aanwijzingen voor zijn, zoals in het bevolkingsonderzoek voor darmkanker; daar wil men de leeftijd voor screenen omlaag brengen, omdat we misschien toch mensen missen.”

Huisarts drs. Frits Jansen geeft aan dat er qua leeftijd ook een bovengrens is. “Diagnostiek doen bij een ouder iemand met een beperkte levensverwachting is niet zinvol. De kans dat hij aan prostaatkanker overlijdt is namelijk betrekkelijk klein.” Om voor screening in aanmerking te komen, zullen er afkappunten voor de leeftijd worden bepaald. “Is er dan ook een marge?”, vraagt Van 't Hek. Dr. Roderick van den Bergh, associate professor Urologie bij het Erasmus MC te Rotterdam: “Je ontkomt er niet aan om harde grenzen te stellen. Je zoekt naar een ja- of nee-beslissing om een screening of diagnostisch traject in te gaan. Bij een individu in de spreekkamer kijk je of iemand comorbiditeiten heeft en wat iemands levensverwachting is, maar in een bevolkingsonderzoek kun je niet per individu beslissen.”

Overbehandeling

Als het om overbehandeling gaat, maakt prof. dr. Truuske de Bock, hoogleraar Epidemiologie aan de faculteit Medische wetenschappen van het UMC Groningen, duidelijk dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen overdiagnostiek en overbehandeling. “Als je een positieve uitslag hebt bij een bevolkingsonderzoek, dan heb je een verdenking op een afwijking, maar nog niet per se de afwijking zelf.” Zou deze afwijking niet tot klachten hebben geleid als die niet was gevonden met de screening, dan heet dat overdiagnostiek.

Als voorbeeld van overbehandeling noemt zij borstkanker en ductaal carcinoom in situ (DCIS). “DCIS is een voorstadium van borstkanker, maar op zich geen borstkanker. Als je alle DCIS-gevallen gaat behandelen, dan heb je het over overbehandeling. Soms is behandeling niet nodig, omdat de DCIS nooit problemen op zal leveren.”

Van den Bergh haakt daarop aan voor prostaatkanker: “Mannen van tachtig hebben bijna allemaal microscopische prostaatkanker. Twintig jaar geleden werd iedere vorm van prostaatkanker actief behandeld. Tegenwoordig kunnen we met risicomodellen, MRI en actieve surveillance veel beter kijken of de voordelen van de behandeling opwegen tegen de nadelen. Het is ook veel meer geaccepteerd dat kanker niet altijd behandeld hoeft te worden.”

Van Dijk nuanceert dit. “Je straalt met bevolkingsonderzoek uit dat iets ernstig genoeg is om grote aantallen mensen een kostbare test aan te bieden. Als je dan iets vindt, ervaart men dat snel als ernstig en verwacht men toch dat het wordt behandeld.” Zij baseert zich op ervaringen met het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. “We testen op aanwezigheid van HPV. Is HPV aanwezig, dan hoeven er nog geen afwijkende cellen te zijn en dus geen voorstadium van baarmoederhalskanker. Het is alleen een indicatie of kanker kan ontstaan. Maar bij een positieve HPV-test voelen mensen zich soms al een tikkende tijdbom en willen ze dat er wat aan gedaan wordt.” Louis geeft aan dat goede communicatie dan ook heel belangrijk is. “Je moet goed uitleggen wat de risico's zijn van een voorstadium. En aangeven dat iemand gevolgd kan worden en dat je kunt ingrijpen met behandelmogelijkheden als de aandoening zich ontwikkelt tot meer maligne. Kwaliteit van leven en de impact is daarbij ook belangrijk.” Mensen met een positieve uitslag komen in eerste instantie bij de huisarts. Jansen: “Die heeft dan de taak om de voor- en na-

V CARIN LOUIS EN SANDRA VAN DIJK



DEBATLEIDER >
TOM VAN 'T HEK

delen te bespreken en te peilen wat mensen willen. Er zijn mensen die liever niet allerlei behandelingen met mogelijke bijwerkingen ondergaan, maar ook mensen die juist wel behandeld willen worden, omdat er iets in hun lichaam aanwezig is.”

Begrijpelijke taal

Alle panelleden zijn het erover eens dat goede voorlichting belangrijk is, maar dat dat geen sinecure is. “We willen een heel ingewikkelde boodschap vertellen aan een heel diverse groep mensen”, zegt Van den Bergh. “Bij prostaatkanker gaat het om mannen met een verschillende sociaaleconomische, etnische en/of opleidingsachtergrond. Er spelen veel factoren mee. Het lijkt me goed om daar mensen die verstand hebben van communicatie bij te betrekken.”

De Bock is betrokken bij een onderzoek in België waarin gekeken wordt hoe je mensen in een achterstandswijk het best bereikt. “Mensen kregen een heel simpele brief, waar heel beperkt woorden in stonden. ‘Gratis’ bleek het woord te zijn dat mensen over de streep trok om wel naar het bevolkingsonderzoek te gaan. Heel bij-

✓ VLNR: RODERICK VAN DEN BERGH, CARIN LOUIS, SANDRA VAN DIJK, TRUUSKE DE BOCK EN FRITS JANSEN



FOTO'S IRIS SPAINK

De Bock: “Als je kanker eerder vindt, dan kun je dat makkelijker behandelen en heb je minder zorgkosten”

Van den Bergh: “In een bevolkingsonderzoek kun je niet per individu beslissen”

zonder, maar het werkte wel.”

Van Dijk ziet wel wat in een versimpelde boodschap. “Het is onmogelijk om de gemiddelde burger sensitiviteit en specificiteit uit te leggen. We moeten loslaten dat we alles uitleggen en dat iedereen alles moet kunnen begrijpen. We moeten naar een soort kernboodschap toe. Sommige mensen zeggen dan dat de informatie niet meer volledig is, maar volledigheid en begrijpelijkheid botsen soms met elkaar.” Van den Bergh heeft daar bedenkingen bij. “Je biedt iets aan wat een tweesnijdend zwaard is. Hoe kort de brief ook wordt, je zult toch zowel de voor- als de nadelen moeten benoemen. Ik denk dat je mensen eerder overtuigt met een genuanceerde boodschap dan dat je simpel zegt dat screenen de oplossing is.”

Jansen werkt als vrijwilliger in het Marikenhuis, centrum voor leven met en na kanker, in Nijmegen. Daar geeft men voorlichting over bijvoorbeeld uitstrijkjes en de zelftest voor baarmoederhalskanker-screening. “Wij gaan ook de wijk in met tolken. Dan merk je dat mensen die eerst huiverig waren er toch meer voor open gaan staan.” Aan Van Dijk vraagt Van 't Hek: “Zijn er brieven in andere talen?” Die zijn er, maar mensen krijgen die niet automatisch. “We kunnen niet uit de gemeentelijke registratie halen welke taal iemand spreekt en of iemand een uitgebreide uitleg wil of uitleg in twee zinnen. We werken met QR-codes voor extra informatie, vertalingen, filmpjes, Steffie-modules en wijkbijeenkomsten. We hebben van alles, maar het is lastig om de informatie bij de juiste persoon te krijgen.”

Druk op de zorg

Een vraag die van 't Hek voorlegt gaat over druk op de zorg. “Gaan bevolkingsonderzoeken helpen om die te verlichten? Of kost het alleen maar extra capaciteit?” “Als je kanker eerder vindt, dan kun je dat makkelijker behandelen en heb je minder zorgkosten”, antwoordt De Bock. “Tegelijkertijd gaat er veel personeel naar de screening zelf. Dan moet je waar mogelijk een efficiëntieslag maken. Dus kijken of je screeningsintervallen kunt verlengen of AI inzetten, zodat een tweede uitlezer niet meer nodig is.”

Voor huisartsen zou het tijd kunnen schelen, denkt Jansen. “Als een kanker niet tijdig wordt opgespoord en de patiënt ernstig ziek wordt en misschien overlijdt, dan ben je daar veel meer tijd aan kwijt dan aan goede voorlichting geven in het begin en tijdig verwijzen.” Ook het terugdringen van overdiagnostiek en overbehandeling zal schelen. Louis: “Met de NFK denken we mee over hoe je het bevolkingsonderzoek efficiënter en meer risicogestuurd kunt maken. We moeten bijvoorbeeld beter begrijpen wanneer iemand een hoog risico heeft, zodat je vooral de mensen oproept voor wie het echt nodig is en anderen niet onnodig ongerust maakt.”

Qua (materiaal)kosten zijn de screeningsprogramma's wel efficiënt. “De tests voor screening zijn relatief goedkoop”, zegt Van Dijk. “Daarmee kun je heel dure behandelingen uitsparen.” De capaciteit is een



▼ RODERICK VAN DEN BERGH EN CARIN LOUIS

ander verhaal. “We vragen echt veel capaciteit voor bevolkingsonderzoeken, bijvoorbeeld voor de uitbreiding met MRI's. Maar voor veel andere zorg zijn ook MRI's nodig. Ik zie niet meteen een oplossing voor die beperkte MRI-capaciteit.”

Longkanker

Over een bevolkingsonderzoek naar longkanker wordt ook gedacht. In de wandelgangen is er discussie of een longkankerscreening

Van Dijk: “De tests voor screening zijn relatief goedkoop. Daarmee kun je heel dure behandelingen uitsparen”

gerechtvaardigd is. Immers, 90% van de mensen met longkanker betreft rokers. “Eerst gerookt en dan gaan we zorggeld aan hen besteden”, chargeert Van 't Hek. “Degenen die roken zijn inderdaad degenen die meer kans hebben om longkanker te krijgen”, zegt De Bock. “Maar onze maatschappij heeft roken gestimuleerd, want daar kon de maatschappij veel aan verdienen. Ik zie het dan ook als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de maatschappij om mensen te helpen om te stoppen met roken, maar ook om een vorm van screening aan te bieden.” Dan is de vraag net als bij prostaatkanker: wie ga je precies screenen?

Afsluiting

Als afsluiting vraagt Van 't Hek wat nog belangrijk is voor een screeningsprogramma voor prostaatkanker. De panelleden noemen vooral voorlichting en risicostratificatie. Van den Bergh vindt het ook tijd om de moderne manier van prostaatkankerscreening te testen in een pilot. “Daar moet dan wel financiering voor zijn.” Zoals altijd speelt geld dus ook een rol. | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

Winnaar innovatieprijs 2025

Joost de Baaij, MANP, verpleegkundig specialist AGZ urologie in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen, won tijdens het VSO Voorjaarssymposium de VSO-innovatieprijs 2025.

De VSO-innovatieprijs heeft als doel het stimuleren van vernieuwende initiatieven die de kwaliteit van leven en sterven van mensen met een oncologische aandoening verbeteren.

Vijf kandidaten hadden zich aangemeld voor deze prijs. De vakjury, bestaande uit verpleegkundig en medisch specialisten en een verandermanager, selecteerde drie inzendingen om een pitch te houden tijdens het VSO Voorjaarssymposium. Joost de Baaij werd uiteindelijk winnaar met zijn initiatief voor perineale prostaatbiopten door middel van dynamische fusie van MRI's en echografie door de verpleegkundig specialist.

De dynamische fusietechnologie is minder gevoelig voor bewegingen van de patiënt. Hierdoor kan een nauwkeurigere diagnostiek worden



JOOST >
DE BAAIJ

Vios Masterthesis 2025

Ellis Verhappen MSc, verpleegkundig specialist AGZ Hematologie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch, presenteerde haar masterthesis tijdens het VSO Voorjaarssymposium 2025.

Ellis Verhappen presenteerde haar onderzoek over leefstijl en symptoomlast bij myeloproliferatieve aandoeningen. Uitgangsvraag was: Heeft leefstijl invloed op de pro-inflammatoire toestand en daarmee op de symptoomlast bij patiënten met essentiële trombocytose (ET) of polycythemia vera (PV)? Voor haar onderzoek includeerde zij volwassen patiënten die onder behandeling waren voor ET of PV binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Zij bekeek de demografische en klinische kenmerken van deze patiënten alsmede de behandelkenmerken. Via score- en vragenlijsten werden symptomen en leefstijl onderzocht, om vervolgens te kijken of er een relatie was tussen beide. Symptomen konden onder meer zijn: vermoeidheid, concentratieproblemen en jeuk. Bij leefstijl(kenmerken) ging het om over- of ondergewicht, roken, fysieke activiteit en stress. Uiteindelijk werd een matig verband gevonden tussen stress en symptoomlast, dat evidentier was in de PV-groep dan in de ET-groep. Stress kan dus een rol spelen bij de symptoomlast, waardoor interventies die stress reduceren mogelijk gunstig zijn voor patiënten met ET of PV.

Na afloop van haar presentatie ontving Verhappen de prijs uit handen van Corine Nierop, MSc, hoofddocent MANP aan de Hogeschool Rotterdam. De prijs zelf: inschrijving voor het tweedaagse VSO Voorjaarssymposium 2026. | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist



▲ ELLIS VERHAPPEN



uitgevoerd, wat leidt tot minder ziekenhuisopnames, vooral door de toepassing van de transperineale benadering. Daarnaast is er een vermindering van overdiagnostiek. Al deze verbeteringen resulteren in gerichtere patiëntenzorg. Een bijkomend voordeel is dat de verpleegkundig specialist het diagnostische traject kan uitvoeren, van verwijzing tot en met het opstellen van het behandelplan.

De Baaij ontving de prijs uit handen van Joska Heessels, MSc, verpleegkundig specialist AGZ in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en voorzitter van de vakjury van de VSO-innovatieprijs. Met het prijzengeld wil De Baaij eigen data analyseren om de accuratesse van de nieuwe methode te verifiëren.

De andere pitchers waren Desi van den Boogaard MANP, verpleegkundig specialist AGZ, Gastro-entologische Oncologie in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch, en Sophie Bunschoek MANP, verpleegkundig specialist AGZ, afdeling Medische oncologie in het UMC Groningen. Van den Boogaards innovatie betrof gestructureerde medicatiebeoordelingen bij oncologische patiënten in de palliatieve fase. De vernieuwing van Bunschoek ging over het zichtbaar maken van discrete contextinformatie in het elektronisch patiëntendossier (EPD) voor gepersonaliseerde zorg (inclusief proactieve zorgplanning). | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist



Kennismodule Cardiotoxiciteit in de Oncologie-Hematologie

Recentelijk is de kennismodule Cardiotoxiciteit in de Oncologie-Hematologie gepubliceerd. Sheila Kooderings, MSc, verpleegkundig specialist AGZ in Rijnstate te Arnhem, en dr. Olivier Manintveld, cardioloog in het Erasmus MC te Rotterdam, vertellen over de belangrijkste overwegingen bij cardiotoxiciteit in de oncologie en hematologie.

De laatste decennia is de overleving van patiënten met kanker na een behandeling toegenomen. Daardoor is er meer aandacht voor cardiovasculaire complicaties van de behandeling. Deze complicaties vallen weliswaar binnen het vakgebied van de cardioloog en verpleegkundig specialist cardiologie, maar het is belangrijk dat behandelaars in de oncologie en hematologie er ook van op de hoogte zijn. Daarom hebben verpleegkundig specialisten oncologie en hematologie Sheila Kooderings, Lisette Baltussen, MANP (Radboudumc te Nijmegen) en Joke van Driel, MSc (Jeroen Bosch Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch) de kennismodule Cardiotoxiciteit in de Oncologie-Hematologie ontwikkeld. De kennismodule is gebaseerd op de in 2022 gepubliceerde *Guidelines on cardio-oncology* van de European Society of Cardiology (ESC).¹

Meer dan alleen hartfalen

Bij cardiotoxiciteit na een behandeling van kanker wordt vaak gedacht aan hartfalen. “Maar het kan ook gaan om andere problemen”, vertelt Olivier Manintveld. “Angiogeneseremmers ofwel VEGF-remmers, zoals bevacizumab en sunitinib, kunnen hartfalen veroorzaken, maar bijvoorbeeld ook hypertensie, QT-tijdverlenging, veneuze trombose, embolie, arteriële trombo-embolie en een myocardinfarct. Andere behandelingen van kanker zijn geassocieerd met hartritmestoornissen, geleidingsstoornissen, ontsteking van een hartklep, aderverkalking en klepafwijkingen.”

Welke complicaties optreden en wanneer is afhankelijk van de therapie. Manintveld: “Radiotherapie geeft over het algemeen pas bijwerkingen op de lange termijn. Dat kan zelfs twintig jaar na de behandeling zijn. Chemotherapie geeft afhankelijk van het middel óf geen toxiciteit voor het hart óf wel, en dan kan het nog acuut zijn of chronisch.”

In hoeverre behandelingen van kanker bijwerkingen geven en welke is nog niet goed bekend. De cardio-oncologie staat namelijk nog in

de kinderschoenen. “Het vakgebied bestaat hoogstens dertig jaar”, zegt Manintveld. “Met de *old school* medicijnen tegen kanker, zoals de antracyclines, is wel meer ervaring, maar er komen in hoog tempo nieuwe middelen bij waar minder ervaring mee is, zoals de immuun-



▲ SHEILA KOODERINGS

Manintveld:

“Je moet samen afwegen wat het risico is op cardiale complicaties en het effect op de overleving”



▲ OLIVIER MANINTVELD

Kooderings:

“Behandelaars in de oncologie-hematologie en cardiologie moeten vaker overleggen om betere en passendere zorg te kunnen leveren”

FOTO MAURICE JAGER FOTOGRAFIE

checkpointremmers. De bewijslast van wat deze middelen doen op cardiaal vlak en hoe je daar het beste mee om kunt gaan is heel beperkt.”

Welke patiënt naar de cardioloog?

In de ESC-richtlijn is een risicostratificatie opgenomen voor patiënten die een behandeling van kanker ondergaan. Kooderings: “Je kunt op basis van eerdere behandelingen van kanker en/of het cardiovasculaire risicoprofiel vaststellen of iemand een laag, gemiddeld of hoog risico heeft op bepaalde cardiovasculaire complicaties. Dat moet nog verder worden uitgewerkt, maar het is wel duidelijk dat iemand die in aanmerking komt voor een behandeling met antracyclines en in de hoogrisicogroep valt, al voor de behandeling naar de cardioloog moet voor een echo.”

Manintveld plaatst wel een kanttekening bij de stappen die volgens de ESC-richtlijn gezet moeten worden. “Volgens de richtlijn is bij vrijwel elke oncologische behandeling een echo nodig bij aanvang van de behandeling, ongeacht in welke risicogroep de patiënt valt. Bovendien staat in de richtlijn dat bij bepaalde behandelingen regelmatig echo's nodig zijn in de follow-up, terwijl daar beperkte bewijslast voor is. Voor de Nederlandse situatie is dat niet reëel.” Kooderings vult aan: “Door personeelstekorten is het al een hele klus om alle mensen met cardiale problemen die geen kanker hebben een hartecho te bieden. Daar is geen ruimte voor heel veel extra echo's.”

Momenteel werkt Manintveld met een collega-cardioloog aan een op de ESC-richtlijn gebaseerde visie op cardio-oncologie, die past

bij de Nederlandse situatie. Hij licht vast een tipje van de sluier op. “We zien liever dat alleen patiënten met een hoog risico op cardiovasculaire problemen en mensen die al cardiale problemen hebben voor een hartecho naar de cardioloog worden doorverwezen. Patiënten met een laag of gemiddeld risico die nog geen cardiale problemen hebben, zijn prima te volgen met biomarkers zoals NT-proBNP en een ECG. Dat kan de oncoloog, hematoloog of behandelend verpleegkundig specialist prima zelf in de gaten houden. NT-proBNP kan in het laboratorium worden bepaald. Als de waarden van deze biomarkers gaan afwijken, kunnen zij de patiënt alsnog naar de cardioloog verwijzen. Het is aan de cardiologen om te definiëren wanneer precies contact nodig is.”

Afstemming oncologie/hematologie en cardiologie

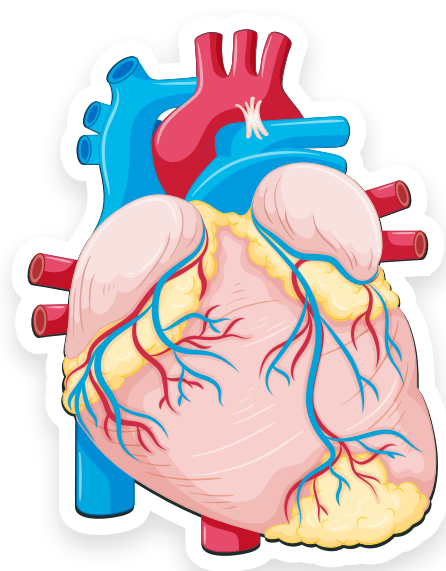
Voor een optimale behandeling is het essentieel dat er goede afstemming is tussen behandelaars in de verschillende disciplines. “Dat begint al bij dezelfde taal spreken”, zegt Koederings. “Bijvoorbeeld dat bij cardiotoxiciteit niet alleen aan hartfalen gedacht moet worden. De richtlijn en kennismodule helpen daarbij.”

Soms gaat het letterlijk om een andere taal. Manintveld: “Het kan voor mij soms cryptisch zijn wat de hemato-oncoloog opschrijft, mede door allerlei gebruikte afkortingen. Een multidisciplinair overleg werkt beter, omdat je dan kunt vragen wat iemand bedoelt. Vanuit de cardiologie denken we mee om een therapie zoveel mogelijk door te laten gaan. Je moet samen afwegen wat het risico is op cardiale complicaties en het effect op de overleving. Soms denkt een hematoloog of oncoloog dat een bepaald middel beter niet gegeven kan worden, maar geven we met onze kennis vanuit de cardiologie daar toch groen licht voor. Als een eerstelijnsmiddel echt geen goede keuze is, moeten we samen bedenken wat dan wel kan.”

Indien een patiënt tijdens een behandeling cardiale complicaties krijgt, dan is het vaak raadzaam de behandeling te onderbreken en de complicatie te behandelen. Ook hierbij is afstemming nodig. Manintveld: “Oncologen en hematologen willen dan binnen zes weken verder met de behandeling. Maar medicijnen voor het hart werken niet meteen. Gewoonlijk wachten we drie maanden om dan het effect te evalueren. Dat is vanuit hemato-oncologisch perspectief erg lang. Vanuit de cardiologie moeten we kijken wat daarin mogelijk is en soms misschien wat aan verwachtingsmanagement doen.”

Verpleegkundig specialist

Wat betreft de afstemming tussen disciplines is er een rol weggelegd voor verpleegkundig specialisten. Koederings: “De verpleegkundig specialist is vaak een spin in het web van de zorgverleners rondom de patiënt. Daardoor kan een verpleegkundig specialist bij uitstek



de lijntjes uitzetten over de schotten van de specialismen heen, als overleg nodig is.”

De verpleegkundig specialist (en oncologen en hematologen) kunnen ook een aantal zaken zelf in de gaten houden wat betreft de cardiale gezondheid van oncologische patiënten. Naast de eerdergenoemde biomarkers en het ECG is dat bijvoorbeeld de bloeddruk, met name bij patiënten die VEGF-remmers (gaan) gebruiken. “Deze patiënten hebben een groot risico op hypertensie. En dat kan weer leiden tot hartfalen”, zegt Manintveld. “Het is dus belangrijk om hun bloeddruk in de gaten te houden, maar niet iedere oncoloog of hematoloog doet dat. Daar kan de zorg door de primaire zorgverlener dus beter.” Daarnaast kunnen verpleegkundig specialisten de cardiovasculaire risico's van een behandeling van kanker bespreken met de patiënt. Koederings: “Sowieso is het risico op cardiovasculaire problemen verhoogd bij behandeling van kanker. Dan is het ook belangrijk om de leefstijl met de patiënt te bespreken. Als verpleegkundig specialist hoef je niet het hele cardiovasculaire risicomanagement te doen. Maar je kunt in een brief aan de huisarts daar aandacht voor vragen voor een patiënt met een verhoogd risico. Als een patiënt daardoor in een preventief programma komt bij de huisarts en gecontroleerd wordt door de praktijkondersteuner, boek je al winst.”

Conclusie

De kennismodule is vooral bedoeld voor een betere bewustwording van de cardiovasculaire risico's bij behandeling van kanker. “Daarnaast moeten behandelaars in de oncologie-hematologie en cardiologie vaker overleggen om betere en passendere zorg te kunnen leveren”, zegt Koederings. “Maar die bewustwording is al een hele vooruitgang.” | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

De kennismodule is te vinden via de website van het netwerk VSO (<https://netwerkvso.nl/kennismodule-cardiotoxiciteit-in-de-oncologie-hematologie/>) en is toegankelijk met een BIG-registratienummer.

Referentie

1. Lyon AR, et al. Eur Heart J 2022;43:4229-61.

“Het gaat dus vooral om het evenwicht tussen intrinsieke motivatie en het waarborgen van kwaliteit”

Sterker in je schoenen tijdens en na de behandeling van gemetastaseerde borstkanker

De PREFERABLE-EFFECT-studie toont aan dat een beweegprogramma effectief is bij gemetastaseerde borstkanker. Lisette Jansen, MSc, verpleegkundig specialist Mammachirurgie en promovenda, en Maaïke Brugmans, MSc, sportfysiotherapeut gespecialiseerd in oncologie en revalidatie-expert (beiden Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam), bespreken hoe hieraan in de praktijk invulling kan worden gegeven.

“Als verpleegkundig specialist breng ik het belang van bewegen – of breder: leefstijl – direct ter sprake als iemand de diagnose borstkanker krijgt”, zegt Lisette Jansen. “Dit is niet alleen omdat een beweegprogramma een positief effect heeft op de conditie en daarmee op het doorstaan van de behandeling. Ook omdat het de patiënt een optie voor eigen regie geeft in een periode waarin zij die door de omstandigheden kwijt is. Er is voldoende literatuur om de patiënt gericht beweegadvies te kunnen geven. Het is in eerste instantie de verpleegkundig specialist die hierin een rol heeft. Die kan de patiënt daarbij verwijzen naar een oncologisch fysiotherapeut in diens eigen leefomgeving.”



▲ MAAIKE BRUGMANS EN LISETTE JANSEN

Bevestiging van eerdere kennis

De PREFERABLE-EFFECT-studie is zowel voor Jansen als voor Maaïke Brugmans een bevestiging van kennis uit systematische reviews over het belang van bewegen bij kanker, ook in de gemetastaseerde setting.¹ Beiden onderkennen de angst die de patiënt in deze situatie kan ervaren om te gaan bewegen, zeker ook omdat bij twee derde van deze patiënten sprake is van botmetastasen. Dus het is waardevol dat de studie het positieve effect van een beweegprogramma ook specifiek bij gemetastaseerde borstkanker aantoont. Patiënten ervaren minder vermoeidheidsklachten en een betere kwaliteit van leven. Ook is er sprake van een afname van pijn en kortademigheid.

Belangrijk hierbij is het besef: praten over bewegen is niet iets wat je één keer doet met de patiënt, maar gedurende het hele verloop van de behandeling. Belangrijk is ook dat het beweegprogramma weliswaar standardelementen bevat, maar toch geen *one size fits all* kan zijn. Het moet worden afgestemd op de situatie van de patiënt. Het beweegprogramma kan op individuele basis worden aangeboden, maar ook in groepsverband. Het positieve van werken in groepsverband is dat patiënten elkaar motiveren.

Ook mentale winst

Het effect van bewegen zit niet alleen in conditieverbetering, het heeft ook op mentaal niveau een positief gevolg. Patiënten houden de behandeling vaak beter vol en kunnen ook de chemotherapie beter aan. Gerichtte uitleg hierover komt de motivatie zeer ten goede.

“Wel kan het een beperking zijn voor mensen dat begeleiding door de fysiotherapeut niet standaard in het basispakket van de zorgverzekering zit”, zegt Brugmans. “Ook zou meer contact tussen de verpleegkundig specialist en de fysiotherapeut waardevol zijn. Zeker op een moment dat het even niet gaat bij een patiënt.”

Jansen: “Professionals zouden ook gezamenlijk, behalve aan samen bewegen, meer aandacht kunnen geven aan leefstijl.” Een mogelijke invulling hiervan is een leefstijlpoli met gecombineerde leefstijlsprekuren van verpleegkundig specialisten, fysiotherapeuten en diëtisten. Naast bewegen krijgt dan ook preventie gerichte aandacht. De gedachte is dat dit voor de patiënten ziekenhuisbezoeken zou kunnen voorkomen, omdat het hen helpt nog beter de behandeling door te komen. | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist.

Deze bijdrage is mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van Daiichi Sankyo.

Referentie

1. Hiensch AE, et al. Nat Med 2024;30:2957-66.



Bent u geïnteresseerd in het volledige interview met Lisette Jansen en Maaïke Brugmans over de praktische kant van bewegen bij gemetastaseerde borstkanker, scan de QR-code of beluister de volledige podcast op oncologie.nu/podcasts



Multidisciplinaire richtlijn Botmetastasen

Eind vorig jaar verscheen de geactualiseerde richtlijn Botmetastasen. Deze multidisciplinaire richtlijn is bedoeld voor alle zorgverleners die patiënten met botmetastasen behandelen, onafhankelijk van het primaire tumortype. Dr. Joris Ploegmakers, orthopedisch chirurg met specialisatie oncologische chirurgie in het UMC Groningen, en prof. dr. Yvette van der Linden, radiotherapeut-oncoloog en hoofd van het academische Expertisecentrum Palliatieve Zorg in het Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, beiden nauw betrokken bij de actualisatie, vertellen over de insteek van de richtlijn.

De richtlijn Botmetastasen stamt uit 2010 en is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). De eerste versie was echter monodisciplinair van opzet. Joris Ploegmakers: “Oncologisch orthopedisch chirurgen behandelen primaire bot-tumoren, maar kregen ook meer vragen over botmetastasen, waarvoor een operatieve ingreep nodig was. Een reden om de richtlijn Botmetastasen op te stellen. Het betrof destijds een vraagstuk waar alleen orthopeden bij betrokken waren.”

Inmiddels is de richtlijn herzien in samenwerking met het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Bij de herziening van de richtlijn zijn patiëntvertegenwoordigers betrokken en zorgverleners uit andere disciplines, zoals radiotherapie, heelkunde, nucleaire geneeskunde, interne geneeskunde en radiologie. Logisch, want orthopeden zijn niet de enigen die botmetastasen behandelen.

Yvette van der Linden: “Binnen de radiotherapie zien wij dagelijks mensen met botmetastasen. Sterker nog: iedere radiotherapeut behandelt patiënten met botmetastasen, maar niet iedere orthopeed. Daarnaast kunnen mensen met botmetastasen systemische therapie krijgen, zoals immunotherapie of chemotherapie. Afhankelijk van de primaire tumor wordt dat voorgeschreven door een longarts, internist-oncoloog of neuro-oncoloog. De betrokkenheid van andere disciplines heeft geresulteerd in een volwaardige richtlijn die bruikbaar is voor alle zorgverleners die met botmetastasen te maken hebben.”

Mogelijkheden en overwegingen bij botmetastasen

Radiotherapeuten behandelen het grootste deel van de patiënten met botmetastasen zelf. Van der Linden: “Het gaat er vooral om dat



▲ JORIS PLOEGMAKERS

FOTO NFP PHOTOGRAPHY

Van der Linden: “Aan de hand van de richtlijn kunnen verpleegkundig specialisten zien welke mogelijkheden er zijn voor een patiënt met botmetastasen”

▲ YVETTE VAN DER LINDEN

Ploegmakers: “In de richtlijn is veel aandacht voor predictiemodellen, zowel voor het fractuurrisico als de overleving”

zorgverleners elkaar weten te vinden als er nog andere opties zijn voor de patiënt.” Om dat in te schatten, is het raadplegen van de richtlijn een goed begin. Ploegmakers: “In de richtlijn is opgenomen welke overwegingen en mogelijkheden er zijn bij patiënten met botmetastasen. Bij alle vraagstukken is gekeken naar de bewijslast, zodat de richtlijn ook echt breed gedragen kan worden.”

Volgens beide artsen spelen verpleegkundig specialisten binnen de oncologie een belangrijke rol in de zorg voor patiënten met botmetastasen. Van der Linden: “Zij zijn betrokken bij die zorg en zijn zelf behandelaar. Aan de hand van de richtlijn kunnen zij zien welke mogelijkheden er zijn voor een patiënt met botmetastasen en ervoor zorgen dat dat met de juiste medisch specialisten wordt besproken. Zo helpen zij betere zorg te leveren.”

Verpleegkundig specialisten (en andere zorgverleners) kunnen bovendien de nieuwste inzichten over de behandeling van botmetastasen vinden in de richtlijn. Een voorbeeld is het gebruik van bisfosfonaten. Van der Linden: “Als richtlijnwerkgroep vinden we het belangrijk dat bisfosfonaten bij iedere patiënt met botmetastasen worden ingezet, ongeacht wat de primaire tumor is. Maar dat gebeurt niet altijd. Deze middelen worden niet voorgeschreven door de orthopeed of radiotherapeut, maar door bijvoorbeeld de internist-oncoloog of verpleegkundig specialist. Zij moeten daar dus mee aan de slag.”

Predictiemodellen

Bij het bepalen van de optimale behandeling bij botmetastasen is de uitgebreidheid van de ziekte van belang, maar ook het risico op fracturen en de overleving. Bovendien kan het type chirurgie afhangen

van de prognose. Voor een verwachte langdurige ziektevrije overleving kan deze anders zijn dan bij een verwachte korte overleving. Ploegmakers: “Daarom is er in de richtlijn veel aandacht voor predictiemodellen, zowel voor het fractuurrisico als de overleving. We willen ook een lans breken voor patiënten met een botmetastase die misschien nog kans hebben op genezing. Resectie is dan een goede optie. Dan moeten patiënten wel multidisciplinair besproken worden en zorgverleners elkaar weten te vinden. In de richtlijn geven we dan ook aan welke zaken echt een multidisciplinaire aanpak vragen.”

Van der Linden vult aan: “Daarnaast helpen de predictiemodellen om meer proactieve zorg te leveren in plaats van alleen reactieve zorg. Je kunt veel bereiken met het voorkomen van een fractuur. En bij oligometastasen kun je overwegen om curatief te behandelen. Met de predictiemodellen valt dan ook veel winst te boeken als het om verbetering van zorg gaat.”

Multi-inzetbaar document

De richtlijn heeft veel weblinks naar andere richtlijnen. Ploegmakers: “Voor het reviseren of opzetten van een richtlijn is beperkt tijd, dus moet je keuzes maken. Wij hebben ons beperkt tot botmetastasen en verder gekeken welke kennis al beschikbaar is. Voor wervelmetastasen bestond er al een multidisciplinaire richtlijn, daarom zijn vraagstukken specifiek over wervelmetastasen buiten beschouwing gelaten en is een link opgenomen naar die richtlijn. We gaan ook niet de diepte in over kankertypen waarbij botmetastasen vaak voorkomen. Daarvoor verwijzen we naar de bestaande richtlijnen over die kankertypen. Op die manier hoeft je ook niet het hoofdstuk over bijvoorbeeld palliatieve zorg bij te houden binnen de richtlijn Botmetastasen. Als de richtlijn Palliatieve zorg wordt herzien en je verwijst daarnaar, dan blijf je vanzelf up-to-date.”

Dat verwijfsprincipe kan ook andersom worden toegepast. Van der Linden: “In verschillende richtlijnen staat iets over botmetastasen, maar dat is vaak beperkt, omdat richtlijnwerkgroepen daar niet genoeg tijd voor hebben. Die richtlijnen kunnen dan verwijzen naar

de richtlijn Botmetastasen, ongeacht wat de primaire tumor is. De richtlijn is daardoor multi-inzetbaar.”

Aandacht voor de patiënt

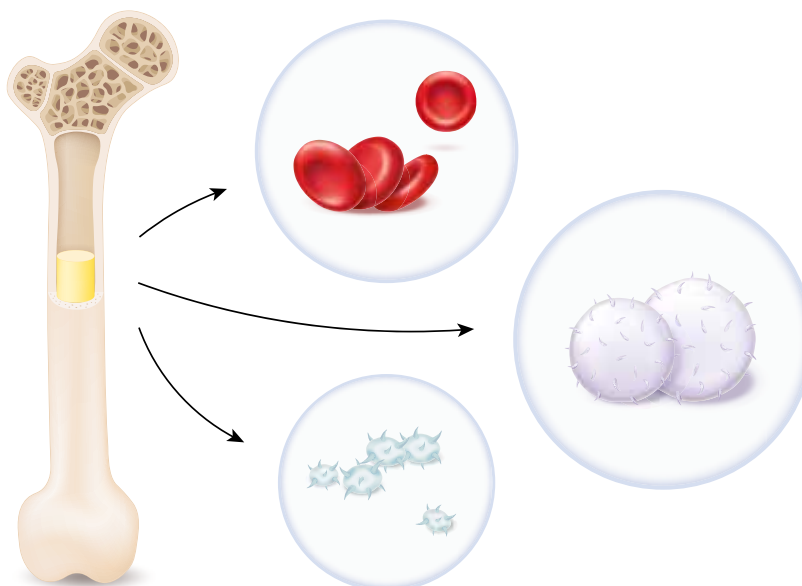
Patiënten speelden een belangrijke rol bij het opstellen van de richtlijn. Vertegenwoordigers van verschillende patiëntenverenigingen brachten het patiëntenperspectief in, bijvoorbeeld over een goed samenbeslissen-traject, maar ook over ondersteunende en palliatieve zorg. “In principe zijn patiënten met uitgezaaide ziekte palliatief”, zegt Van der Linden. “We beschrijven hoe je hen als zorgverlener kunt helpen, los van de medische interventies. Dat varieert van beweegadviezen tot brede palliatieve zorg. Daarbij verwijzen we weer naar richtlijnen die dat uitgebreider beschrijven. We betrekken daarbij alle zorgverleners, inclusief de huisarts.”

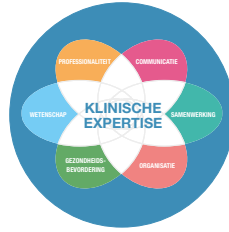
Multidisciplinair congres

Afgelopen maart is ruchtbaarheid gegeven aan de geactualiseerde richtlijn Botmetastasen tijdens een symposium over de multidisciplinaire aanpak en nieuwe behandel perspectieven bij botmetastasen. Op dat congres sprak prof. dr. Thijs Merx, voorzitter van de raad van bestuur van IKNL en hoogleraar Trends en patronen in oncologie en zorg bij het Radboudumc te Nijmegen. Ploegmakers: “Hij uitte de zorg dat het aantal patiënten met botmetastasen gaat groeien. Dan is de vraag hoe de zorg daaromheen geregeld gaat worden. Multidisciplinaire samenwerking is echt een groot goed, maar er zal wel een kader moeten komen om dat behapbaar te maken. De richtlijn en het bijbehorende symposium zijn een eerste aanzet daartoe.”

Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

De richtlijn Botmetastasen is te raadplegen via richtlijndatabase.nl/richtlijn/botmetastasen/startpagina_botmetastasen.html





Zeer precies bestralings- apparaat werkt als chirurgisch mes bij hersenmetastasen

Met de Gamma Knife – een uiterst precies bestralingsapparaat – kunnen hersenmetastasen tot op de millimeter nauwkeurig worden bestraald. Volgens verpleegkundig specialist AGZ JanCoert Toerse, MSc, met expertisegebied neurochirurgie, is deze ‘radiochirurgie’ succesvol. In Isala te Zwolle begeleidt hij patiënten die deze behandeling ondergaan. “Betekenden hersenmetastasen vroeger een doodvonnis, nu hoeven patiënten na een behandeling met de Gamma Knife hier niet meer aan te overlijden.”

JanCoert Toerse is er trots op dat hij met zijn neus bovenop de innovatieve behandeling met de Gamma Knife zit, vertelt hij. “Ik vind het fantastisch om met zo’n mooie techniek te mogen werken en mijn kennis hierover verder te ontwikkelen, wat ik doe met nog twee andere verpleegkundig specialisten. Isala is het derde centrum in

Nederland dat met de Gamma Knife werkt, na het Elisabeth-Twee-Steden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg en het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam. Ik noem het ook wel radiochirurgie, omdat je hersenmetastasen hiermee zo nauwkeurig kunt behandelen als de chirurg met een mes.” Inmiddels zijn er meer dan duizend mensen in Isala met deze techniek behandeld, een mijlpaal die enkele maanden geleden werd gevierd en gedeeld via LinkedIn.



▲ JANCOERT TOERSE

Kobaltbronnen

De Gamma Knife is een bestralingsapparaat waarin zich 192 radioactieve kobaltbronnen bevinden. De uiterst smalle – enkele millimeters breed – bundels komen samen in één brandpunt, ook wel het isocentrum genoemd. “Hierdoor is het mogelijk om heel precies een hoge stralingsdosis op een hersenmetastase te geven, waarbij de straling het omliggende gezonde weefsel nauwelijks raakt”, zegt Toerse. Een ander voordeel van de Gamma Knife is dat hiermee ook plaatsen in het hoofd bestraald kunnen worden die voorheen moeilijk bereikt konden worden, zoals tumoren bij de oogzenuw. Risicovolle operaties kunnen zo vermeden worden.

Toename

Bestraling met kobaltbronnen is geen nieuwe techniek. Al in 1968 werden de eerste patiënten op een voorloper van het huidige toestel behandeld. In Nederland wordt in Tilburg deze techniek al zeker twintig jaar ingezet. In Zwolle werken behandelaars nu ongeveer vier

JANCOERT >
TOERSE

“De behandeling met
de Gamma Knife is nog
relatief onbekend”

jaar met de Gamma Knife, zegt Toerse. “Dat de Gamma Knife nu steeds vaker wordt gebruikt, komt door de toename van het aantal patiënten met kanker. Door steeds betere behandelingen blijven ze langer leven en neemt dus ook het aantal mensen met hersenmetastasen toe.”

Voorbereiden en begeleiden

De behandeling met de Gamma Knife wordt uitgevoerd door een neurochirurg en een radiotherapeut tijdens een dagbehandeling op de polikliniek. Toerse bereidt de patiënten voor op deze behandeling en begeleidt ze. “Ik assisteer bij het plaatsen van het frame of het masker. De keuze voor een masker of frame hangt af van de wensen van de patiënten en de duur van de behandeling. Ook schrijf ik medicatie voor en dien ik deze toe, bijvoorbeeld om de pijn van het plaatsen en dragen van het frame te verlichten. Het vastzetten van het frame met schroeven is invasief en kan pijnlijk zijn voor patiënten. Verder doe ik een deel van de postoperatieve follow-up bij patiënten.”

Belastend

Als een behandeling korter dan drie kwartier duurt, is een masker vaak prettiger voor patiënten, vertelt Toerse. “Een masker wordt volledig gevormd naar het gezicht van de patiënt, wat het gezicht in sterke mate fixeert. Duurt de behandeling langer dan drie kwartier, dan gaan de patiënten een masker als onprettig ervaren. Soms duurt een behandeling met de Gamma Knife wel drie uur en dan kan een patiënt met een frame makkelijk naar bijvoorbeeld het toilet lopen of even iets eten. Voor mensen kan een frame of een masker belastend zijn, maar dat weegt dan wel op tegen het feit dat ze ernstig ziek zijn. Emotioneel hebben ze al heel wat moeten incasseren. Toch geven veel mensen aan dat ze het dragen van het frame best mee vinden vallen.”

Effectief

De behandeling met de Gamma Knife is effectief, heeft Toerse gemerkt in de jaren die hij ermee werkt. “Hersenmetastasen die behandeld zijn, verdwijnen vaak niet helemaal, maar ze groeien niet meer en dat is het doel van de behandeling. Bij kleine metastasen is de Gamma Knife in 90-95% van de gevallen effectief, wat binnen de oncologie een hoge score is. Tijdens de follow-up zie je dan dat de bestraalde metastasen rustig blijven. Wel kunnen nieuwe hersenmetastasen ontstaan. Dan komt een patiënt opnieuw in aanmerking voor een behandeling. Eerder bestraalde metastasen bestralen we liever niet nogmaals, omdat dit necrose of hersenoedeem kan geven. Het grote voordeel van de behandeling met Gamma Knife is dat hersenmetastasen niet langer een doodvonnis betekenen, zoals tien jaar geleden nog wel het geval was. Als patiënten overlijden, dan is dat niet meer het gevolg van hersenmetastasen, maar van het voortschrijden van de systemische aandoening. Meestal is de primaire aandoening longkanker, borstkanker of melanoom, waarbij longkanker met stip op nummer één staat.” Ongeveer 10-30% van de patiënten met gemetastaseerde borstkanker heeft hersenmetastasen, bij gemetastaseerd melanoom heeft ongeveer 20% metastasen in het centrale zenuwstelsel, terwijl bij niet-kleincellig longcarcinoom ongeveer 35% van de patiënten hersenmetastasen heeft.¹⁻³

“Met de Gamma Knife kan heel precies een hoge dosis straling op een hersenmetastase worden gegeven”

Aanvullende behandeloptie

De Gamma Knife is een betere behandeloptie dan *whole-brain-radiotherapie*, dat vroeger veel gedaan werd. “*Whole brain radiation* is inferieur ten opzichte van behandeling met de Gamma Knife, omdat volledige schedelbestraling bijwerkingen geeft, zoals cognitieve en neurologische problemen. Bijwerkingen zijn er met de Gamma Knife nauwelijks. De behandeling met de Gamma Knife kan leiden tot minder operaties om hersenmetastasen te verwijderen, maar het verschilt per situatie wat precies nodig is. Ik zie de Gamma Knife als een aanvullende optie naast een operatie. Soms kun je operaties hiermee voorkomen. Een operatie kan echter nog steeds geïndiceerd zijn, denk bijvoorbeeld aan patiënten met acute uitval van functies door hersenmetastasen of epileptische aanvallen. Dan is snelheid geboden, iets wat bestraling niet kan bieden, omdat het effect hiervan tijd nodig heeft. In Isala is het beleid dat we bij patiënten met groeiende hersenmetastasen bij voorkeur de Gamma Knife inzetten. De Gamma Knife hoeft niet toegepast te worden als systemische therapie goed aanslaat bij patiënten met hersenmetastasen en deze in principe niet verder groeien.”

Relatief onbekend

Wat wil Toerse tot slot nog meegeven aan zijn collega's in het land? “De behandeling met de Gamma Knife is nog relatief onbekend en wellicht zijn veel oncologische behandelaars niet op de hoogte van het bestaan ervan. Het zou mooi zijn als verpleegkundig specialisten dit interview aanvatten om deze behandeling bij hun collegamedisch specialisten onder de aandacht te brengen. Er zijn waarschijnlijk veel patiënten die voor de Gamma Knife in aanmerking komen, maar nog niet worden doorverwezen. Hopelijk zien we in de toekomst het aantal verwijzingen stijgen.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Voor meer informatie over de behandeling met de Gamma Knife:

www.youtube.com/watch?v=6hxAOUfMiU
www.youtube.com/watch?v=9mZmf6xNXn8

Referenties

1. Amouzegar A, et al. Am Soc Clin Oncol Educ Book 2024;44:e433694.
2. Tawbi H, et al. Cancer Med 2022;11:139-50.
3. Parker M, et al. Neurooncol Pract 2024;12:257-70.

Een stem voor patiënten met melanoom

Elk jaar krijgen ongeveer 8.000 mensen in Nederland de diagnose melanoom. Een diagnose die veel vragen oproept, onzekerheid brengt en levens verandert. Als arts-onderzoeker in de dermatologie en promovendus aan het Erasmus MC te Rotterdam heeft (onder begeleiding van Marjolein Lugtenberg en Marlies Wakkee) de afgelopen jaren veel verschillende patiënten gesproken. Hun verhalen inspireerden haar tot het schrijven van het boekje *Er is een leven voor en een leven na melanoom*. Een boekje dat helpt om de ervaringen van patiënten tastbaar te maken – voor henzelf en voor de mensen die hen begeleiden.

Waarom dit boekje?

“In mijn onderzoek sprak ik patiënten die te maken kregen met veel verschillende gevoelens en gedachten na hun diagnose. Zo ervaaarden ze vaak angst, onzekerheid en eenzaamheid, maar ook ervaaarden ze positieve veranderingen: zo werd dankbaarheid genoemd, het besef geluk te hebben gehad, en was hun kijk op het leven veranderd door alles wat ze hadden doorgemaakt. Wanneer ik vroeg wat zou kunnen helpen met het omgaan met deze gevoelens en gedachten, kreeg ik vaak als antwoord: ‘Ik zou graag over de ervaringen van anderen willen lezen, zodat ik weet dat ik niet de enige ben die iets op deze manier ervaart.’ Dat bracht me op het idee dit boekje te schrijven, gebaseerd op de mooie en ontroerende gesprekken die ik met alle patiënten heb gevoerd. Niet vanuit medische feiten, maar echt vanuit het perspectief van de patiënt zelf.”

Wat kan dit boekje voor jouw patiënt betekenen?

“Verpleegkundig specialisten zijn vaak de constante factor in het behandeltraject, en een belangrijke steun voor patiënten in het dagelijks omgaan met de ziekte. Dit boekje kan een extra steun voor mensen met een melanoom zijn. Het biedt herkenning en geeft inzicht in de verschillende stadia van de ziekte. Het laat zien dat iedereen op zijn eigen manier hiermee omgaat en biedt handvatten voor het vinden van ondersteuning daarbij. Het kan helpen om moeilijke onderwerpen bespreekbaar te maken.”

Hoe kan jij het boekje aanvragen?

Denk je dat een van jouw patiënten hiermee geholpen is? Vraag een exemplaar aan via n.kamminga@erasmusmc.nl

Deze bijdrage is mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van Pierre Fabre Oncology.

“Er is een leven voor en een leven na melanoom”

NADIA KAMMINGA >





“Ga in gesprek over sociale en spirituele items in de palliatieve fase”

Om te komen tot een multidimensioneel meetinstrument dat alle vier de dimensies van de palliatieve zorg omhelst, is het Utrecht Symptoom Dagboek uitgebreid met items op het gebied van de sociale en spirituele dimensies. Geestelijk verzorger, historicus en epidemioloog dr. Tom Lormans vertelt over zijn promotieonderzoek waarin hij het Utrecht Symptoom Dagboek – 4 Dimensioneel valideerde en testte bij patiënten en zorgverleners. “De extra items bieden voor patiënten de mogelijkheid om alles wat in hen opkomt te bespreken.”

“Er is geen betere manier dan de combinatie van praktijk en onderzoek om een vakgebied verder te brengen”, vindt Tom Lormans. Toen hij na zijn afstuderen als geestelijk verzorger de kans kreeg om te promoveren, greep hij die dan ook met beide handen aan. “Een belangrijke motivatie voor mij was dat het onderzoek zo praktisch was dat de zorg daar echt beter van kan worden.”

Lormans, momenteel werkzaam als geestelijk verzorger en coördinator bij de Zinzia zorggroep in Wageningen, voerde zijn promotieonderzoek uit bij het Expertisecentrum Palliatieve Zorg Utrecht binnen de afdeling Huisartsgeneeskunde van het UMC Utrecht als onderdeel van het INZICHT-project, gefinancierd door ZonMw. “Dit project richtte zich op het valideren en implementeren van het Utrecht Symptoom Dagboek – 4 Dimensioneel (USD-4D).” Het USD-4D is een doorontwikkeling van het Utrecht Symptoom Dagboek (USD), een instrument dat zich richt op de fysieke en psychologische dimensies van de palliatieve zorg. Om de palliatieve zorg volledig te omvatten, zijn daar items aan toegevoegd die ook de sociale en spirituele dimensies dekken. Die items zijn gebaseerd op het Diamant-model dat gebruikt wordt in de spirituele zorg.

Gevalideerd meetinstrument

Vijf items werden toegevoegd aan het USD: ‘ik kom toe aan mijzelf’, ‘ik kan wat mij overkomt dragen’, ‘ik kan degenen die mij dierbaar zijn loslaten’, ‘ik voel mij in balans over mijn leven’ en ‘de gedachte aan het einde geeft mij rust’. “Dit zijn items die zowel kunnen reflecteren op

de sociale als op de spirituele dimensie. Zo is het mogelijk om in weinig items veel te omvatten en zouden patiënten dit meetinstrument ook vaker per week kunnen invullen zonder dat het belastend wordt”, aldus Lormans.^{1,2}

Samen met zijn promotieteam en collega's vanuit het consortium palliatieve zorg Midden-Nederland, het Septet, alsook de Associatie Hospicezorg Nederland valideerde hij deze items zowel bij patiënten als bij zorgverleners. “We bekeken drie componenten: begrijpen mensen wat we willen vragen, vinden ze het relevant en missen ze dingen? Al deze componenten werden positief beoordeeld. Daarnaast keken we of de items ook meten wat ze theoretisch gezien zouden moeten doen, en of het klopt als we ze op deze manier uitvragen. Ook dat is positief beoordeeld.”^{2,3}

Opvallend was dat patiënten geen ontbrekende items aangaven, maar zorgverleners wel, vertelt Lormans.³ Zij voerden bijvoorbeeld, naast het item ‘de gedachte aan het einde biedt mij rust’, vragen aan

“Een intrinsiek onderdeel van het USD-4D is dat alles daarna ook wordt besproken in een gerichte dialoog”

TOM
LORMANS

“Ga gewoon
aan de slag met het
USD-4D, en zie wat
het teweeg brengt
bij de patiënt”

als ‘hoe biedt het geloof houvast?’ of ‘wat biedt u hoop?’. “Dat waren echter items die weliswaar belangrijke thema’s aansnijden, maar niet thuishoren in dit meetinstrument, maar bijvoorbeeld in anamnese- of verdiepingsgesprekken die naderhand plaats kunnen vinden.”

Aanknopingspunt voor gesprek

Het USD-4D is ontwikkeld als een patiënt-volgend instrument dat de symptoomlast en behoeften monitort over de tijd. Zorgverleners kunnen daarmee de ontwikkeling van symptomen en de socio-spirituele behoeften volgen. “Een score die ineens naar boven of naar beneden uitschiet is een aanknopingspunt voor een gesprek. Een intrinsiek onderdeel van het USD-4D is dat alles daarna ook wordt besproken in een gerichte dialoog, zodat de patiënt de mogelijkheid krijgt om aan te geven waarvan echt last ondervonden wordt en wat er gedaan moet worden of niet. We vinden het heel belangrijk dat de patiënt centraal staat in de zorg die we verlenen, maar vaak vult de zorgverlener toch nog veel in. Het USD-4D geeft de mogelijkheid om echt bij de ervaring van de patiënt te blijven en vanuit die ervaring de zorgrelatie verder vorm en inhoud te geven.”^{4,5}

Lormans hoopt dat het gebruik van het USD-4D als patiënt-volgend instrument vooral aanleiding zal geven tot verdiepende gesprekken die meer richting geven aan zorg die het beste bij de betreffende mens past. “Zonder die verdiepende gesprekken zijn de scores maar scores.” In een (interprofessioneel) teamoverleg is het USD-4D een handig instrument om patiënten te bespreken en waar nodig door te verwijzen naar de juiste zorgverlener.⁵ Het USD is op dit moment het meest gebruikte meetinstrument in de palliatieve zorg in Nederland. “Het USD-4D is een aanbeveling in het PREZO-keurmerk hospicezorg en wordt benoemd in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg als een van de aanbevolen meetinstrumenten.”

Niet invullen voor de patiënt

Toch merkte hij dat het invullen van het USD-4D al door de zorgverleners wordt gedaan. “Ze willen de patiënt niet belasten, dus vragen ze deze ook maar niet in te vullen. Als de zorgverlener als het ware een nee/nee-sticker op de deur plakt (of *gatekeeping* zoals dit in onderzoek genoemd wordt), dan ontnemt die de patiënt de mogelijkheid om überhaupt een uitnodiging af te wijzen.⁵ In interviews kregen we van patiënten terug dat het voor hen juist belangrijk is dat ze wel uitgenodigd worden om het instrument te gebruiken. Ze zien die uitnodiging nooit als belasting. Patiënten vinden het juist belangrijk dat ze ook nee kunnen zeggen en dat dat dan gerespecteerd wordt. Maar ook dat als ze een keer nee zeggen, het niet betekent dat ze het nooit meer willen invullen.”⁴

Zorgverleners hebben vaak de neiging om snel in de oplossingsmodus te schieten, maar dat is niet het doel van het USD-4D, benadrukt Lormans. “Als iemand bijvoorbeeld zegt dat hij heel erg moe is, wordt slaapmedicatie voorgeschreven om diegene beter te laten slapen. Maar de vraag is: wil die patiënt daar wel een pilletje voor slikken, of is hij misschien al dertig jaar moe en is dit gewoon hoe het is? We zijn als mensen snel geneigd om dingen op te willen lossen. Maar je kunt ook even een pas op de plaats maken. Iemand geeft aan: dit is hoe ik me voel. Je kunt dan ook vragen: wat betekent dat voor jou, wil je überhaupt dat we er iets mee doen of niet?”

Continuïteit

Idealiter is het USD-4D beschikbaar in de vorm van een digitale app met een link naar een elektronisch patiëntendossier waarin de scores en betekenis voor de zorg worden bijgehouden. “Die link is heel belangrijk. Mensen zien veel zorgverleners voorbijkomen. Wanneer iedereen inzicht heeft in de scores, kan het gebrek aan continuïteit in persoon deels worden opgevangen in een soort continuïteit langs de ervaring van de patiënt. Patiënten hoeven dan niet voortdurend dezelfde vragen te beantwoorden.”

Training nodig

Het vraagt wel training en uitleg om goed met dit instrument te werken, denkt Lormans. “De vijf toegevoegde items bieden voor patiënten de mogelijkheid om alles wat in hen opkomt te vertellen en in een score te vatten.^{2,4} Aan de andere kant vraagt dat van zorgverleners de capaciteiten om dat uit te kunnen vragen.⁵ Inmiddels heeft er een implementatieproject plaatsgevonden waarin zorgverleners getraind werden om te werken met het USD-4D.

Aan de basis ligt dat zorgverleners het ingewikkeld vinden het USD-4D te introduceren als ondersteuner van zorg en gesprek. Die onhandigheid vertaalt zich in een eindeloze onbegrijpelijke zin die moet uitleggen waarom je als zorgverlener graag wil dat een patiënt deze vragenlijst invult. Lormans: “Een eenvoudige uitnodiging kan zijn: ‘Ik hoor dat u veel dingen tegelijkertijd ervaart, graag wil ik met u wat overzicht brengen in deze ervaringen.’ De grote opbrengst is juist de dialoog die aan de hand van die gescoorde ervaringen plaatsvindt en wordt uitgewerkt in aanvullende afspraken over de zorg.”

Veel organisaties bieden trainingen aan in gesprekstechnieken over de sociale en spirituele dimensies. “Vaak betreft het onderwerpen die zorgverleners zelf moeilijk vinden om aan te snijden, maar patiënten vinden dat niet. Het zet ze aan het denken, maar het is niet zo dat ze er niet over willen praten. Zoals een mevrouw zei: ‘ze vinden het makkelijk om te vragen welke kleur mijn poep heeft, maar hoe ik over de dood denk, dat is te privé.’”

Aan de slag

Voor zorgverleners heeft Lormans een simpele aanbeveling: “Ga gewoon aan de slag met het USD-4D, en zie wat het teweeg brengt bij de patiënt. Zorg voor een vaste, korte introductie van één of twee zinnen. Ga in gesprek en hou zijn of haar behoefte altijd voor ogen, niet die van jou. Dus ook je eigen ongemak mag er zijn. Stel de patiënt daadwerkelijk centraal. Voor iedereen zijn deze items op enig moment in de palliatieve fase relevant en dus de moeite waard om besproken te worden. Het USD-4D is niet bedoeld om te achterhalen welke problemen we allemaal op moeten lossen, maar om te volgen wat er speelt en wat diegene wil dat eraan gedaan wordt, of niet.” | Dr. Astrid Danen, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Lormans T, et al. Palliat Med 2021;35:1071-98.
2. De Vries S, et al. J Pain Symptom Manage 2021;61:287-94.e2.
3. Lormans T, et al. Palliat Med 2025 Feb 28;2692163251321692.
4. Lormans T, et al. Palliat Care Soc Pract 2024;18:26323524241260426.
5. Lormans T, et al. Palliat Care Soc Pract 2024;18:26323524241281748.

JOSÉ >
BREEDVELD

“Het is waardevol om in overleg met het Netwerk VSO te verkennen wat we voor elkaar kunnen betekenen”



Bundeling van wetenschap en vertaling naar aanbevelingen

Het Wereld Kanker Onderzoek Fonds (WKOF) biedt wetenschappelijk onderbouwde informatie over voeding en leefstijl in relatie tot kanker. Vanwege de rol die verpleegkundig specialisten oncologie voor patiënten spelen, is het belangrijk dat zij hiervan op de hoogte zijn, zegt consultant team Over Leven met Kanker José Breedveld. “Het is dus zaak kennis te maken en mogelijkheden voor samenwerking te verkennen.”

Onderzoek naar voeding, lichaamssamenstelling en beweging in relatie tot kanker is een relatief jonge wetenschap, zegt José Breedveld. “Toen ik in 1984 afstudeerde als diëtist, speelde voeding een bijrol bij de kankerbehandeling, de focus lag op de behandeling zelf. Gelukkig is er nu meer aandacht gekomen voor andere factoren die invloed hebben op het ontstaan van kanker of de uitkomsten van de behandeling kunnen beïnvloeden.”

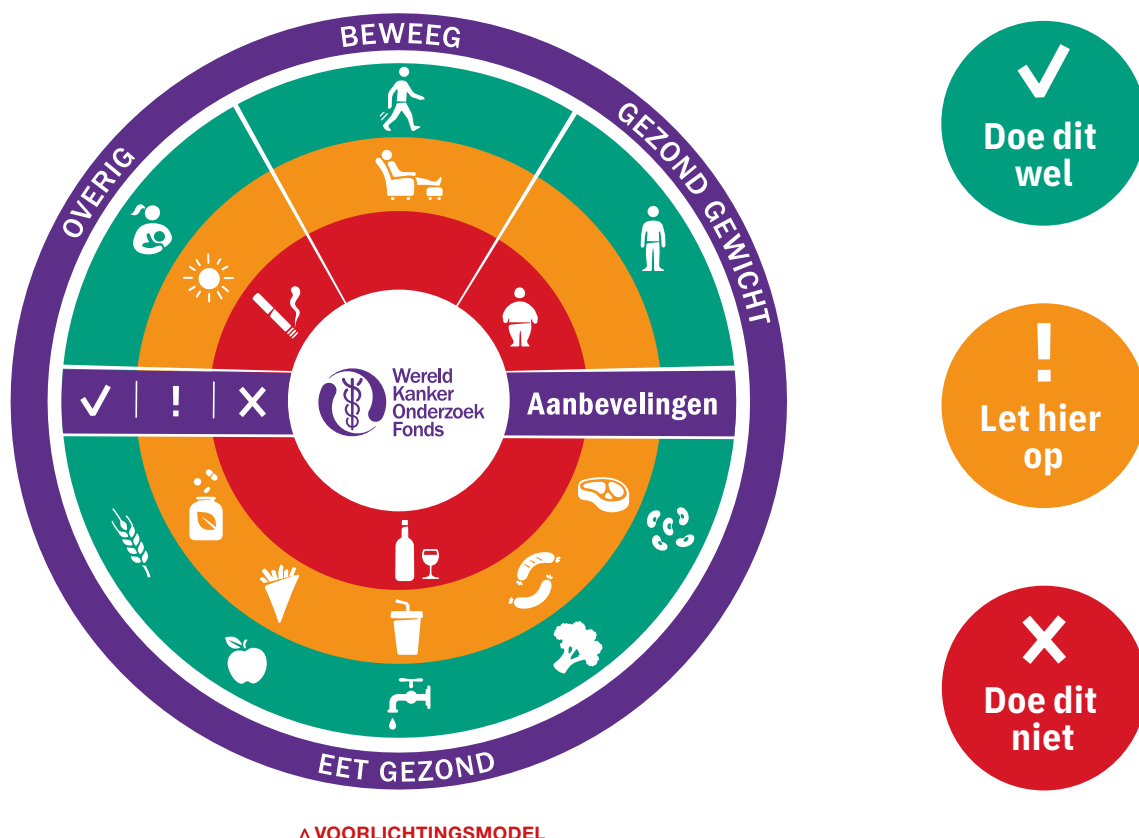
Het WKOF wil hieraan een bijdrage leveren door onderzoek te doen en voorlichting te geven over voeding, lichaamsbeweging en lichaamssamenstelling in relatie tot kanker. “Het is een onderdeel van het World Cancer Research Fund-netwerk”, vertelt Breedveld. “Dit is een wereldwijd netwerk met een koepelorganisatie in Londen met twee hoofddoelstellingen. De ene is onderzoek op deze gebieden mogelijk maken door hiervoor beurzen te verstrekken. In die toekenning stelt het prioriteiten, bijvoorbeeld onderzoek naar de invloed van leefstijl na de diagnose of onderzoek naar de invloed van leefstijl in de verschillende levensfasen, zoals bij de AYA-groep. De tweede is alle wereldwijde literatuur over voeding, lichaamssamenstelling en bewegen in relatie tot kanker voortdurend te verzamelen en analyseren. De basis hiervoor is ons *CUP Global Cancer Update Programme*, een systematisch researchprogramma. In samenwerking met wetenschappers vertalen we de kennis hieruit naar aanbevelingen voor de praktijk. Als niet alle literatuur wordt betrokken en aan *cherry picking* wordt gedaan uit wetenschappelijke literatuur, kunnen onjuiste conclusies worden getrokken. Juist daarom vinden we het belangrijk om betrouwbare informatie te bieden aan patiënten en zorgprofessionals.”

Bewijs

In de loop der jaren is steeds meer wetenschappelijk bewijs beschikbaar gekomen voor de invloed van voeding, lichaamsbeweging en lichaamssamenstelling op het voorkomen van kanker, zegt Breedveld. “Onze database met wetenschappelijke artikelen hierover is inmiddels enorm”, vertelt ze.

“Duidelijk is dat roken de grootste risicofactor is, gevolgd door overgewicht, alcoholgebruik, een westers eetpatroon en gebrek aan lichamelijke activiteit. Dit betreft veel resultaten uit observationele studies. Dat is echter begrijpelijk, want voor het onderzoeken van het effect





van voeding is het moeilijk om mensen in een klinische trial langdurig aan een voedings- of bewegingsregime te onderwerpen. We onder-
vangen dit door data uit studies samen te voegen, waardoor meer
robuuste data ontstaan, en door een graderingssysteem te gebruiken
om te bepalen hoe sterk het bewijs is voor gevonden verbanden.
We vertalen uitsluitend conclusies uit onderzoek naar aanbevelingen
als er sprake is van overtuigend bewijs.”

Over de periode na de diagnose kanker bestaat minder onderzoek en
daardoor ook minder bewijs voor de invloed van voeding, lichaams-
beweging en lichaamssamenstelling op de overleving en kwaliteit
van leven. “Uit het tot nu toe beperkte bewijs blijkt wel dat mensen
die gezond eten, een gezond gewicht hebben en voldoende bewegen
betere gezondheidsuitkomsten kunnen hebben na een kankerdiag-
nose”, vertelt Breedveld. “Maar er zijn nog veel onduidelijkheden. Het

is bijvoorbeeld nog onzeker of het verhogen van lichamelijke activiteit
behandeluitkomsten verder kan verbeteren. En of meer volkoren
granen eten de uitkomsten van de kankerbehandeling verbetert. Het
is een lastiger onderzoeksveld, vanwege de heterogeniteit van de
patiëntengroep, in subtypen kanker, fasen van ziekte en behande-
lingen. Rondom de behandeling kunnen mensen door de bijwerkingen
van kanker en de behandeling moeite hebben met eten en bewegen.
In die fase ligt de nadruk op een zo adequaat mogelijke voeding om
de behandeling aan te kunnen. In de voorlichting hierover speelt
zowel de diëtist als de verpleegkundig specialist een rol.”

Contact leggen

Het WKOF heeft haar aanbevelingen voor gezonde voeding en leef-
stijl voor minder kans op kanker samengevat in een schijf met de
kleuren groen (doe dit wel), oranje (let hier op) en rood (doe dit niet).¹
“Het is een handig hulpmiddel voor voorlichting in de praktijk”, zegt
Breedveld, “ook voor verpleegkundig specialisten oncologie.”
Maar kennen die het WKOF wel? “Dat is de vraag”, zegt ze. “En dat
is ook de reden waarom we hard werken aan het opbouwen van onze
contacten. Verpleegkundig specialisten weten ons al wel te vinden.
Om de bekendheid verder uit te breiden, waren we bijvoorbeeld ook
aanwezig op het voorjaarssymposium van het Netwerk VSO.”
Het contact met het netwerkbestuur is recent gelegd. “Het is waarde-
vol om in overleg met de vereniging te verkennen wat we voor elkaar
kunnen betekenen”, zegt Breedveld. “Bijvoorbeeld om vanuit hun
expertise te horen welke onderwerpen gemist worden op onze

“Verpleegkundig specialisten
voeren controles uit over de
voedingsrisico’s rondom de
kankerbehandeling, omdat daarbij
ondervoeding op de loer ligt”

website, om daarmee de inhoud nog beter aan te laten sluiten op wat nodig is in de praktijk. En wellicht kunnen ze ook een rol spelen bij het verder ontwikkelen van voorlichting.”

Centrale rol

Het WKOF staat dus open voor verdere samenwerking. “Vanzelfsprekend, want we weten dat de verpleegkundig specialisten een centrale rol vervullen in de voorlichting over voeding en leefstijl aan mensen met kanker”, zegt Breedveld. “Ze voeren controles uit over de voedingsrisico’s rondom de kankerbehandeling, omdat daarbij ondervoeding op de loer ligt. Ze geven hierover voorlichting en ze werken erin samen met diëtisten. Patiënten willen weten wat ze zelf kunnen doen en hebben daarbij veel vragen over voeding. De verpleegkundig specialist is daarin een belangrijk aanspreekpunt voor ze, dus we willen graag weten welke informatie zij nodig hebben om hun boodschap goed te kunnen brengen.”

Ondertussen kunnen de verpleegkundig specialisten bijvoorbeeld al gebruikmaken van de vragenservice die het WKOF via haar website biedt. Breedveld: “Veel zorgverleners, zoals diëtisten, stellen hier hun vragen en geven aan als er behoefte is aan specifieke informatie, bijvoorbeeld een aanvulling bij een artikel of een factsheet om patiënten goed te kunnen voorlichten over een onderwerp. Dat nemen we mee in ons werk.”

Twee webonderdelen

Als onderdeel van de online communicatie is voedingenkankerinfo.nl tot stand gekomen.² “Dit is gebeurd op initiatief van Wageningen University and Research, IKNL en de Landelijke werkgroep diëtisten oncologie”, vertelt Breedveld. “Omdat er zoveel vragen kwamen van patiënten over voeding en kanker, wilden zij de betrouwbare informatie hierover op één plaats bij elkaar brengen. Het werd een promotie-traject voor diëtist en voedingswetenschapper Merel van Veen. Omdat de informatie aansluitend up-to-date moest worden gehouden, is het beheer van de site bij ons terechtgekomen vanwege onze expertise op het gebied van voeding en kanker.”

In het verlengde is nu ook bewegenenkankerinfo.nl opgezet, omdat ook daar veel vraag naar bleek te zijn.³ “Voor beide websites werken we veel samen met kanker.nl, om te waarborgen dat onze informatie overeenkomt”, zegt Breedveld. “We verwijzen ook naar elkaar, om mensen zo makkelijk mogelijk de weg te wijzen naar betrouwbare informatie.” | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)

Referenties

1. De aanbevelingen voor minder kans op kanker. Te raadplegen via wkof.nl/aanbevelingen
2. Voeding&kankerinfo. Te raadplegen via wkof.nl/voedingenkanker
3. Bewegen&kankerinfo. Te raadplegen via wkof.nl/bewegenenkanker

ADVERTENTIE



NIEUW

BIEDT ONTLASTING

Voor de behandeling van opioïd-geïnduceerde obstipatie¹



1 tablet¹
1 keer per dag



Gerichte werking:
Rizmoic[®] pakt opioïd-geïnduceerde
obstipatie bij de **oorzaak** aan²

Scan me



Meer weten over hoe obstipatie door opioïden ontstaat? **Bekijk hier de video**

1. Samenvatting van de productkernmerken van Rizmoic. Deze treft u elders in dit blad.
2. Naldemedine for the Treatment Of Opioid-Induced Constipation; Hu et al. 2018



Preventie is hét doel bij bestrijding misselijkheid door chemokuren

Bij welke chemokuren worden welke anti-emetica gebruikt? Hoe houdt je daarbij zo goed mogelijk rekening met de specifieke omstandigheden van de patiënt? Belangrijk is dat anti-emetica niet 'zo nodig' gegeven worden, maar preventief. Ziekenhuisapotheker drs. Daphne den Besten-Bertholee, werkzaam in Isala te Zwolle, bespreekt in dit interview de *ins* en *outs* van de bestrijding van misselijkheid bij oncologische behandelingen.



De manier waarop misselijkheid bij chemokuren en andere oncologische behandelingen wordt bestreden is in de loop van de jaren behoorlijk geëvolueerd, vertelt Daphne den Besten. Als ziekenhuisapotheker is ze gespecialiseerd in hematologie en palliatieve zorg en heeft daardoor goed zicht op wat er aan kuren de ziekenhuisapothek uitgaat en welke anti-emetica's daarbij horen.

"Een belangrijke doorbraak was de komst van de zogenoemde 5HT₃-antagonisten in het begin van de jaren 90 van de vorige eeuw. Dan doel ik op middelen zoals granisetron en ondansetron, die 5HT₃-(serotonine)receptoren blokkeren in onder meer het maag-darmkanaal en de chemoreceptortriggerzone van het centrale en perifere zenuwstelsel en zo de misselijkheid tegengaan. Een andere doorbraak was de komst van de neurokinine-1 (NK1)-receptorantagonisten, zoals aprepitant en fosaprepitant", vertelt de ziekenhuisapotheker.

Uitgebreid arsenaal

Met deze middelen is het arsenaal aan anti-emetica behoorlijk uitgebreid geraakt. Den Besten vertelt dat er naast de 5HT₃-antagonisten en de NK1-remmers meerdere medicamenteuze behandelingen zijn om misselijkheid te bestrijden. "Bekende voorbeelden zijn metoclopramide en domperidon. Deze beide middelen grijpen aan op de D(dopamine)₂-receptoren in het centrale zenuwstelsel en remmen zo de misselijkheid. De laatste jaren is daarnaast duidelijk geworden dat olanzapine – officieel geregistreerd als antipsychoticum – ook goed

werkt tegen misselijkheid. Olanzapine voorkomt misselijkheid door aan te grijpen op 5HT₃-receptoren, NK1-receptoren en D₂-receptoren. Off-label wordt het daarom ook gebruikt in anti-emetica'schema's."

Ernst van misselijkheid

De keuze voor een anti-emetica'schema wordt vooral ingegeven door de ernst van de misselijkheid die een chemokuur of immunotherapie kan geven, zo schetst Den Besten de kaders. "We maken onderscheid tussen hoog emetogene chemotherapie, zoals cisplatine, matig emetogene chemotherapie, zoals oxaliplatine, carboplatine en cyclofosfamide, en weinig emetogene chemokuren, zoals bortezomib en pemetrexed. Belangrijk is dat bij emetogene chemokuren de misselijkheid het beste kan worden bestreden met profylactische medicatie. Als je anti-emetica pas geeft op het moment dat de patiënt daadwerkelijk misselijk wordt, ben je al te laat.

De beste effectiviteit van anti-emetica bereik je door deze preventief te geven. Bij hoog emetogene chemokuren is de regel om een combi-

"Olanzapine of metoclopramide kunnen dienen als escape-medicatie"



“De beste effectiviteit van anti-emetica bereik je door deze preventief te geven”

▲ DAPHNE DEN BESTEN

natie van vier anti-emetica te geven: een 5-HT₃-antagonist, een NK1-antagonist, dexamethason en olanzapine. Bij een matig emetogene kuur worden er drie verschillende typen anti-emetica gegeven, de bovengenoemde middelen zonder olanzapine. Olanzapine of metoclopramide dienen hierbij als escape-medicatie, voor het geval dat de misselijkheid toch ernstiger uitpakt dan verwacht. Bij weinig emetogene kuren wordt granisetron, ondansetron of dexamethason ingezet.” Dexamethason wordt vaak gebruikt, onder meer bij AC-kuren en als dit onvoldoende helpt, worden extra eenmaal daagse doses van 4 mg gegeven op dag twee tot en met vijf.

Werkingsduur

Uitgangspunt is dat de cocktail van anti-emetica wordt gestart op de dag dat de chemokuur wordt toegediend. “Omdat misselijkheid

na de chemokuur nog een aantal dagen aanhoudt, is het van belang dat de werkingsduur van de anti-emetica voldoende is. De NK1-receptorantagonisten werken meerdere dagen. Deze hoeven daarom alleen bij het begin van de chemokuur te worden gegeven. De 5-HT₃-antagonisten werken korter, daarom moet op dag twee en drie vanaf het starten van de kuur nog een extra dosis worden gegeven.

Overigens is het belangrijk om niet te vergeten om ondansetron te stoppen als besloten wordt om een chemokuur in de palliatieve fase niet langer voort te zetten. Ondansetron kan obstipatie veroorzaken, wat met name in de palliatieve fase voor problemen kan zorgen. Een goed alternatief is dan metoclopramide of olanzapine.

Verder zijn er patiëntencategorieën die a priori al een verhoogd risico op misselijkheid hebben: mensen jonger dan 50 jaar, (zwangere) vrouwen en mensen met reisziekte. Bij hen geldt geen aangepast

anti-emeticaprotocol, al zou dat misschien wel wenselijk zijn. Bij zwangere vrouwen is het uiteraard belangrijk om te checken of een anti-emeticum schadelijk is voor het kind. Bij hen is ook de vraag of een chemokuur überhaupt gegeven kan worden. Dat is een afweging tussen de risico's voor kind en de mogelijke baten voor de moeder."

Immunotherapie

Bij immunotherapie – bijvoorbeeld nivolumab of pembrolizumab – staat misselijkheid bij de behandeling veel minder op de voorgrond dan bij chemotherapie, zegt de Zwolse ziekenhuisapotheker. "Daarom kan hierbij worden volstaan met alleen 'zo nodig'-medicatie. Metoclopramide is hierbij een goed anti-emeticum. Het versnelt de maaglediging en heeft een blokkerend effect op de D_2 -receptor buiten de bloed-hersenbarrière en remt zo de misselijkheid. Metoclopramide kan de bloed-hersenbarrière passeren en ook de D_2 -receptor in de hersenen remmen.

Bij mensen met de ziekte van Parkinson kan dat hun klachten verergeren, daarom is metoclopramidegebruik bij hen gecontra-indiceerd. Domperidon, dat ook de D_2 -receptor remt, maar niet de bloed-hersenbarrière passeert, is daarom voor hen een beter alternatief. Ook bij patiënten met epilepsie is metoclopramide gecontra-indiceerd, omdat dit de convulsiedrempel kan verlagen. In het kader van metoclopramide is er nog een ontwikkeling te noemen waar oncologen niet onverdeeld gelukkig mee waren: het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen besloot in 2014 om de dagdosis van metoclopramide te maximaliseren tot 30 mg vanwege het risico op onder meer neurologische bijwerkingen. Vroeger werd wel tot 120 mg per dag gedoseerd, zonder problemen volgens sommige oncologen."

Vragen

In de praktijk krijgt Den Besten geregeld vragen van verpleegkundig specialisten over het gebruik van anti-emetica. Ze noemt twee voorbeelden. "Eén vraag betrof Akynzeo – een capsule met daarin de NK1-remmer netupitant en de $5HT_3$ -antagonist palonosetron. De patiënt had dit al ingenomen, maar de chemokuur ging onverwacht niet door en werd met twee dagen uitgesteld. Moest de patiënt bij het starten van de chemokuur Akynzeo dan opnieuw innemen? We weten op grond van de registratieteksten van de fabrikant dat bij een dubbele dosering van dit middel extra bijwerkingen optreden. Ons advies was om geen extra dosis te geven. De patiënt kreeg geen last van misselijkheid, mede door de lange werkingsduur van netupitant en palonosetron.

Een andere vraag was: wat te doen bij een patiënt met slikproblemen die Akynzeo moet gebruiken en die een sonde heeft? Dan is het mogelijk om de capsule open te maken en de drie afzonderlijke kleine tabletjes van netupitant en het capsuletje palonosetron te geven. Een andere optie is om over te stappen naar het los geven van andere geneesmiddelen uit de groep van $5HT_3$ -antagonisten en NK1-antagonisten."

QT-verlenging

Een belangrijk advies dat Den Besten verpleegkundig specialisten mee wil geven is om alert te zijn op geneesmiddelen of combinaties daarvan die verlenging van het QTc-interval kunnen geven. "Het risico

"Wees alert op geneesmiddelen of combinaties daarvan die verlenging van het QTc-interval kunnen geven"

dat dit gebeurt is klein, maar een verlengd QTc-interval kan *torsade de pointes* veroorzaken, een potentieel dodelijke hartritmestoornis. In Isala hebben we een protocol gemaakt waarin het risico op QTc-verlenging van verschillende anti-emetica al dan niet in samenwerking met andere geneesmiddelen staat genoemd en hoe deze risico's afgehandeld moeten worden. Domperidon en ondansetron kunnen bijvoorbeeld QTc-verlenging geven. Gebruikt een patiënt nog andere geneesmiddelen die dit risico ook geven, dan kan het verstandig zijn uit te wijken naar een anti-emeticum dat dit risico minder heeft, bijvoorbeeld granisetron. Wees ook alert bij patiënten die al worden behandeld wegens ritmestoornissen; bij hen is het risico van QTc-verlengende geneesmiddelen extra hoog. Het verdient aanbeveling dat in elk ziekenhuis zo'n protocol is waarop voorschrijvende specialismen kunnen terugvallen."

Toekomst

Zijn er in de toekomst nog nieuwe anti-emetica te verwachten? "Er zijn weinig nieuwe middelen in aantocht. Wel zijn er wat variaties op huidige anti-emetica, zo is er in de Verenigde Staten een vorm van granisetron subcutaan goedgekeurd met verlengde afgifte. De werking hiervan houdt vijf dagen aan. In Europa en Nederland is dit middel nog niet goedgekeurd.

Verder is er een intraveneuze variant van Akynzeo gekomen. Deze is in Nederland wel geregistreerd, maar nog niet beschikbaar op de markt. Een pleister met olanzapine verkeert in onderzoek, maar er is nog geen zicht op goedkeuring door de registratieautoriteiten in Europa en Amerika. Verder loopt er onderzoek naar amisulpride, een oud geneesmiddel met een effect op onder meer de D_2 -receptor, net als metoclopramide en domperidon, maar dan met minder bijwerkingen." | [Drs. Marc de Leeuw, 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.”



“Uiteindelijk gaat het om de beste kwaliteit van leven én van sterven”

▲ 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 opioïdgebruik.”

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 postoel 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.

TOM >
VAN 'T HEK

“Vanuit verschillende perspectieven samen naar hetzelfde probleem kijken is een krachtige combinatie die echt tot betere zorg kan leiden”



Van huisarts naar debatvoorzitter

Voor de verpleegkundig specialisten die de VSO Voorjaarsymposia bezoeken, is Tom van 't Hek inmiddels een bekend gezicht. Ook dit jaar was hij weer van de partij als debatvoorzitter. Deze keer om de discussie over het actuele onderwerp van bevolkingsonderzoeken in goede banen te leiden.

De huisartsopleiding was de eerste keus van Tom van 't Hek en na een jaar als waarnemer werd hij ook praktijkhouder in Aalsmeer. "Ik had het best naar mijn zin, maar begon me toch af te vragen of dit was wat ik de rest van mijn werkzame leven wilde", vertelt hij. "Ik deed in die tijd al een wekelijks uurtje sportverslaggeving op de radio onder de noemer *Hek van de dam* en mijn verleden als hockeyer kreeg een vervolg in een rol als bondscoach van de Nederlandse vrouwenselectie. Dat leidde vanzelf tot de vraag of ik bedrijfsmotivatiegesprekken wilde geven."

Van het een kwam het ander, dagvoorzitter worden en optreden als moderator voor paneldiscussies waren het logische gevolg. "Toen de Zorgverzekeringswet tot stand kwam, volgde de vraag of ik gespreksleider wilde zijn voor discussiesessies van huisartsen", vertelt hij verder. "Ik kende de zorg met zijn spelregels en gevoeligheden, dus dat vond ik interessant. Inmiddels speelt driekwart van mijn werk zich in de zorg af, met congresvoorzitterschappen, webinars en nascholingen. Als mensen zien dat je dit kunt, word je steeds weer gevraagd. Er zijn ook niet zoveel mensen die dit vanuit eigen ervaring met de zorgbranche doen. Het mooie ervan is dat je in die rol alle vragen kunt stellen die er toe doen, ook de kritische. En dat het werk je helpt om op de hoogte te blijven van alle ontwikkelingen in de zorg."

Verbinding

Een natuurlijke verbinding met het onderwerp is voor Van 't Hek een belangrijke voorwaarde om een opdracht te accepteren. "Je moet grofweg 80% weten en 20% opzoeken, zeg ik altijd. In de zorg is nu sprake van veel maatschappelijke debatten. Je moet snappen waar die over gaan om de juiste vragen te kunnen stellen. En natuurlijk probeer je dan in het debat de verdieping te vinden en die vervolgens nog een laagje dieper te brengen. De ene keer lukt dat beter dan de

andere. In de debatten met de verpleegkundig specialisten zie ik wel gaandeweg een duidelijke lijn naar meer verdieping."

Voorbespreking met de organisatie en de gespreksdeelnemers vindt hij belangrijk. Hij vertelt: "Niet om het vooraf uit te kauwen natuurlijk. Maar wel om te weten waarom iets wordt georganiseerd, wie er in de zaal zitten en wat er aan het einde van de dag uit moet komen. Ik heb gemerkt dat internet het veel eenvoudiger heeft gemaakt om in je voorbereiding aan materiaal te komen."

Overeenkomsten en verschillen

Voor de verpleegkundig specialisten oncologie trad Van 't Hek nu voor de zesde keer op als discussieleider tijdens hun voorjaarssymposium. Hetzelfde werk doet hij ook voor medisch specialistische verenigingen. "De duidelijke overeenkomst tussen die twee is de enorme interne *drive* voor de zorg", zegt hij. "Daar kijk ik altijd met bewondering naar. De twee groepen staan nu veel dichter bij elkaar dan in het verleden, 'bijna' collegiaal. De verpleegkundig specialisten zijn nog een relatief jonge beroepsgroep, maar de erkenning ervoor is duidelijk gegroeid. Dat merk je ook aan hen zelf. Ik heb ze wel eens wat plagerig Calimerogedrag verweten, maar dat is echt aan het verdwijnen. De waardering voor de verpleegkundig specialisten is ook

"Inmiddels speelt driekwart van mijn werk zich in de zorg af, met congresvoorzitterschappen, webinars en nascholingen"



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

“In de debatten met de verpleegkundig specialisten zie ik wel gaandeweg een duidelijke lijn naar meer verdieping”

▲ TOM VAN 'T HEK

enorm gestegen. Het feit dat ze door het contact met de patiënt zo'n breed beeld van hem of haar hebben, maakt het een heel waardevol vak. Het speelt ook een cruciale rol om continuïteit te kunnen bieden in de houdbaarheid van de zorg. Ik vind het daarom belangrijk dat ze beseffen hoe belangrijk hun positie is. Op de bestuurlijke laag zijn ze nog altijd ondervertegenwoordigd, daar is nog veel te winnen. Vorig jaar tijdens het voorjaarssymposium was de positie die ze bekleden onderwerp van discussie. Je zag toen dat daar heel verschillend over werd gedacht. Ze mogen nog best wat minder bescheiden zijn, een stapje naar voren doen. Niet hun positie uitbuiten natuurlijk, maar wel zichzelf krachtig positioneren als totale beroepsgroep.”

Eén anekdote wil hij graag delen. “Als je verpleegkundig specialisten aanspreekt als verpleegkundigen, zijn ze er als de kippen bij om te zeggen dat ze verpleegkundig specialisten zijn. De doktersreflex over het benoemen van hun positie hebben ze goed overgenomen. Ik vind dat grappig om te zien.”

Levendig debat

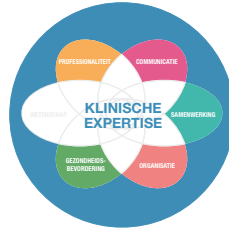
In de discussiesessies tijdens de symposia zitten aan de discussietafel altijd mensen die graag vertellen over het onderwerp waarvoor ze zijn geselecteerd, zegt Van 't Hek. “Bij de verpleegkundig specialisten in de zaal zie je altijd dat die het eerste kwartier een beetje de kat uit de boom kijken. Toch is het nooit heel hard werken om ze bij de discussie te betrekken. Er ontstaat altijd een levendig debat. Ik vind het mooi dat dit jaar de bevolkingsonderzoeken het onder-

werp vormden. Een zeer actueel thema natuurlijk. Vooral binnen de oncologie, waarin nu de mogelijkheden van prostaat- en longkanker-screening worden besproken. Ik begrijp ook van verpleegkundig specialisten dat ze er veel vragen over krijgen. Er komen belangrijke afwegingen bij kijken: welke criteria ga je hanteren, vanaf welke leeftijd ga je screenen? Het is een lastige zoektocht om niet met hagel te schieten en de kosten beheersbaar te houden.”

Hij zegt zelf ook veel te leren van discussies over dit soort complexe onderwerpen. “Ik heb dit werk dan ook wel eens betaald leren genoemd. En ik vind het ook altijd belangrijk dat in zo'n sessie een paar opmerkingen worden gemaakt die mensen raken en aanzetten tot nadenken.”

Samenwerken

Een terugkeer naar het vak van huisarts ziet Van 't Hek voor zichzelf niet zitten. “Ik krijg die vraag natuurlijk vaker”, zegt hij. “Ik zeg er dan altijd direct bij dat ik het wel mooi vind dat ik via een omweg toch weer van alles in de zorg kon gaan doen. En dat ik het persoonlijke contact dat je als huisarts hebt altijd bijzonder heb gevonden. Er zitten veel prachtige kanten aan het vak. Ik geloof ook erg in de zorg samen vormgeven. Wat dat betreft zou ik me zeker goed kunnen voorstellen dat ik in de huisartsenpraktijk zou samenwerken met een verpleegkundig specialist, als ik mijn oude vak nu nog zou uitoefenen. Vanuit verschillende perspectieven samen naar hetzelfde probleem kijken is een krachtige combinatie die echt tot betere zorg kan leiden.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist



Kies je woorden bewust – juist in de spreekkamer

Zeg je dat iemand kanker heeft, of spreek je van een lokale tumor? Onze woorden hebben een groot effect op de perceptie van de ontvanger. We noemen dat framing – een thema waar taalstrateeg Sarah Gagestein jaren geleden al haar werk van maakte. Met haar bedrijf Taalstrategie adviseert ze (zorg)professionals hoe zij hun boodschap beter kunnen overbrengen. We vroegen haar naar het belang van framing in de spreekkamer.

“Al zo lang ik me herinner, ben ik met taal bezig”, begint Sarah Gagestein. “Op een gegeven moment realiseerde ik me: je kunt zonder de beste argumenten tóch een discussie domineren. Het gaat in een gesprek dus niet alleen maar om de keiharde inhoud, maar ook om hoe je informatie presenteert.” Toen ze tijdens haar master Retorica het boek *Don’t think of an elephant* van George Lakoff las, begon haar fascinatie voor het thema framing. Ze legt uit: “Als we iemand iets vertellen, bepalen we zelf hoe we ons verhaal ontwerpen. We kiezen onze woorden bewust, en daarmee sturen we op een specifieke interpretatie van de werkelijkheid. We framen de hele dag door, soms onbewust en soms juist strategisch – bijvoorbeeld als we iemand ergens van willen overtuigen.”

Gagestein richtte vijftien jaar geleden het bedrijf Taalstrategie op. Samen met mederetorici Lindi Boeije en Iris van Weenen ontwerpt ze frames, doet ze onderzoek en geeft ze workshops en strategiesessies bij bedrijven. Ze werkten onder andere voor verschillende brancheverenigingen binnen de zorg, en voor zorgverzekeraars, communicatieprofessionals in ziekenhuizen, het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Negatief weegt zwaarder

Framing speelt een ontzettend grote rol in de spreekkamer, vertelt Gagestein. “Hoe je informatie overbrengt, kan de perceptie van risico’s sterk beïnvloeden. Zeg je tegen de patiënt dat 10% van de patiënten bijwerkingen krijgt van bepaalde medicatie, dan focus je dus op het risico. Zeg je dat 90% na de behandeling fluitend het ziekenhuis uitloopt, dan is je boodschap meteen totaal anders. Zorgprofessionals hebben de neiging om te starten met negatieve informatie, omdat ze eerlijk en transparant willen zijn. Maar negatieve informatie komt harder binnen: dat noem je de *negativity bias*. Daarom zou ik adviseren om te beginnen met de positieve boodschap, en daarna pas de risico’s te noemen. Dan filter je een onbedoeld bijeffect weg.”

Het effect van woorden

Ook het woord kanker roept onbewust vooroordelen op, vertelt Gagestein. “Iedereen heeft bepaalde verhalen, overtuigingen en angsten rond deze ziekte. Het is dus belangrijk om je woorden zorgvuldig te wegen: ‘Je hebt kanker’ heeft een andere lading dan ‘Je hebt een lokale, goedaardige tumor’. Ook is het goed om te bedenken hoe je de ziekte überhaupt framet. Is het een ongenode gast die in je lichaam rondzwervt, een monster dat je helemaal overneemt? Of is het hoogstens wat onkruid?”

Daarnaast zijn woorden belangrijk in de gesprekken over medicatie en behandelingen, volgens Gagestein. “Vaak zeggen zorgprofessionals dat medicijnen de kankercellen aanvallen. Maar dat klinkt heel agressief, en wekt dus de indruk dat je er heel ziek van wordt. Een alternatief zou zijn dat medicatie de kankercellen opruimt, dat klinkt veel milder. Kies je woorden dus bewust, zodat je niet onbedoeld bepaalde verwachtingen schept.”

Het woordje niet

Een ander bekend voorbeeld binnen framing is de ontkenning. “Ik zeg altijd: ontkennen is eigenlijk hetzelfde als erkennen”, vertelt Gagestein. “Neem als voorbeeld de zin ‘U zult niet veel pijn krijgen’. Die lijkt heel onschuldig, maar is het niet. Wat bij de patiënt namelijk blijft hangen, is het woord ‘pijn’. Hier komt de boektitel *Don’t think of an elephant* vandaan. Want je denkt dan toch meteen aan een olifant?” Gagestein adviseert dat je beter kunt benadrukken wat er *wel* gaat gebeuren. “Zeg bijvoorbeeld: ‘We zorgen dat u zich comfortabel blijft voelen tijdens de behandeling’.”

Informatie is nooit objectief

“Niet iedere patiënt is goed in informatie uitvragen tijdens het spreekuur”, vervolgt Gagestein. “Daar ligt voor verpleegkundig specialisten een belangrijke taak: leg rustig en duidelijk uit wat er gaat

SARAH >
GAGESTEIN

“Kies je woorden
bewust, zodat je niet
onbedoeld bepaalde
verwachtingen schept”

KADER

Tips voor beter contact met de patiënt

- Begin met je positieve boodschap.
- Wees je ervan bewust welk effect het woord kanker heeft.
- Vermijd de ontkenning zo veel mogelijk.
- Gebruik beeldspraak en metaforen in je uitleg.
- Laat het autoriteitsargument achterwege.
- Maak van de patiënt een actieve deelnemer, geen passieve ontvanger.
- Neem twijfel over je bekwaamheid als verpleegkundig specialist meteen weg.
- Maak duidelijk dat je in een team werkt, door in de we-vorm te praten.
- Zet een patiënt tegenover collega's niet (zomaar) weg als therapieontrouw.

gebeuren tijdens een behandeling, en bespreek eventuele risico's en bijwerkingen." Maar, waarschuwt ze: "Zorg wel dat je informatie overkomt. Niemand luistert zonder vooringenomenheden, we filteren onbewust alle informatie die binnenkomt. Ofwel: we horen informatie op een subjectieve manier." Hoe ga je daar als zorgverlener mee om? "Het kan helpen om tussendoor even te toetsen: 'Wat is het belangrijkste dat je tot nu toe hebt gehoord?' Focus dan niet alleen op wát de patiënt zegt, maar ook op hóe die het zegt. Welke woorden gebruikt de patiënt, welke informatie laat hij of zij achterwege?"

"Wat je in de spreekkamer met patiënten deelt, kan sowieso best complex zijn", vervolgt Gagestein. "Een truc is om metaforen te gebruiken. Dat is *cognitive ease*: dat vindt ons brein fijn. Een voorbeeld: 'een tumor groeit als een spinnenweb' of 'de tumor is zo groot als een pingpongbal'. Door informatie beeldend te maken, maak je je boodschap behapbaar voor de patiënt." Wel plaatst Gagestein een kleine kanttekening: "Niet iedereen kan goed met metaforisch taalgebruik omgaan. Dus ook hierbij is het belangrijk om de patiënt regelmatig te vragen wat er is blijven plakken."

Vertrouwen winnen

De rol van de zorgprofessional is om de patiënt zo goed mogelijk voor te lichten. "Je kunt daarbij natuurlijk het autoriteitsargument gebruiken: 'Je moet dit van mij aannemen, want ik ben hier de kenner.' Maar dat is toch ook een zwaktebod. Ik denk dat het veel sterker is om het vertrouwen van patiënten te winnen. Dat doe je door ze te laten zien dat je het beste met ze voor hebt. Dat ze in goede handen zijn, en dat je op zoek gaat naar de allerbeste oplossing."

Dat vertrouwen win je volgens Gagestein ook door de patiënt als actieve deelnemer te zien, en geen passieve ontvanger. "Framing heeft ook te maken met de 'ervaren controle' van de patiënt. Word je behandeld, of ben je onderdeel van een behandelplan? Ik zie dat patiënten – zeker de laatste jaren – vaker onderwerp zijn dan lijdend

voorwerp. Helemaal in lijn met *shared decision making*. Een goede ontwikkeling, want zo laat je zien dat patiënten ook zélf iets in te brengen hebben en dat je ze serieus neemt. De kans dat de patiënt trouw is aan de behandeling, is dan ook groter."

Werken in een team

Merk je dat de patiënt twijfels heeft bij je bekwaamheid omdat je verpleegkundig specialist bent – en bijvoorbeeld geen oncoloog? Dan moet je die twijfel volgens Gagestein gelijk wegnemen. "Dit is helaas óók een frame. Maak dus meteen duidelijk dat jij dé specialist bent op dit gebied, en dat je mag diagnosticeren en beslissingsbevoegd bent. Daarnaast zou ik iedere zorgprofessional adviseren om in de wij-vorm te communiceren. Daarmee maak je duidelijk dat jullie in een team werken. Een patiënt vindt het geen fijn idee om zijn leven in de handen van één medisch en/of verpleegkundig specialist te leggen. Maar ook hier geldt: vermijd het woordje 'niet'. Een zin als 'Denk dus niet dat ik hier in mijn eentje alle beslissingen neem' werkt absoluut averechts."

Collega's onder elkaar

Tot slot speelt framing ook een grote rol in de communicatie tussen collega's. "Noem je in je overdracht een bepaalde patiënt therapieontrouw, dan wek je daarmee de indruk dat de patiënt expres niet meewerkt – wat lang niet altijd het geval is. Omschrijf je een patiënt als lastig, dan zal je collega zich daar onbewust naar gedragen. En het stomme is: soms wordt die patiënt dan ook echt lastig – een gevalletje van *selffulfilling prophecy*. Zo zie je maar hoe groot het effect van jouw woorden is." | Drs. Roos Post, journalist

Word meesterframer van Sarah Gagestein en Jolijn Mes is te bestellen via de website van Uitgeverij Haystack www.haystack.nl



CURRICULUM VITAE

Sarah Gagestein is retorica en framingexpert, en leidt onderzoeks- en adviesbureau Taalstrategie. Ze is altijd al gefascineerd geweest door taal. Niet de regeltjes, maar wat mensen er mee doen om elkaar te overtuigen en te inspireren. Haar bureau onderzoekt en ontwerpt framingsstrategieën en helpt mensen om framing in de praktijk te brengen. Haar levensdoel is om mensen met een goed inhoudelijk verhaal gehoord te laten worden. Om daaraan bij te dragen, schreef ze de boeken 'Denk niet aan een roze olifant', 'Harder praten helpt niet' en 'Word meesterframer'.

Uniforme patiënteninformatie Prostaatkankernetwerk Nederland

In juni 2024 voltooide Nadia van Galen de MANP-opleiding aan de Hogeschool Utrecht. Voor haar afstudeeropdracht richtte zij zich op een ontwerpgericht onderzoek naar de best passende innovatie op het gebied van patiënteninformatie die aansluit bij de behoeften van de prostaatkankerpatiënt in netwerkzorg. Het onderzoek vond plaats in het Antoni van Leeuwenhoek te Amsterdam en liep van december 2023 tot mei 2024.

Achtergrond

Prostaatkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen in Nederland. Een robot-geassisteerde radicale prostatectomie (RALP) is een van de behandelopties. Dit is een complexe ingreep en wordt daarom in Nederland in een beperkt aantal centra uitgevoerd. In de regio Noord-Holland en Flevoland wordt onder de naam Prostaatkankernetwerk Nederland (PKNW) met twaalf ziekenhuizen samengewerkt om zo de best mogelijke prostaatkankerezorg te bieden. Voor iedere patiënt wordt de diagnose, het behandelplan en nazorg in het eigen ziekenhuis verzorgd en wordt de RALP op één centrale locatie verricht.

Voorafgaand aan deze thesis is een probleemanalyse uitgevoerd om belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen voor prostaatkankerpatiënten in het zorgpad RALP binnen het PKNW. Op basis van literatuuronderzoek en enquêtes, voorgelegd aan patiënten en zorgprofessionals, werden verschillende aanbevelingen geformuleerd. Een van deze aanbevelingen was het opstellen van uniforme patiënteninformatie binnen het PKNW. Uniforme patiënteninformatie kan zorgen voor meer duidelijkheid voor patiënten rondom hun behandeling en hiermee tegenstrijdige informatie, verkeerde verwachtingen en teleurstellingen voorkomen.

Doel

Vanuit de behoefte van patiënten en zorgprofessionals een innovatie ontwikkelen, die uniforme informatievoorziening rondom de operatieve behandeling van prostaatkanker binnen het PKNW mogelijk maakt.

Methode

Voor dit onderzoek zijn drie methoden gebruikt:

- Literatuuronderzoek in de databases PubMed en CINAHL, waar is gezocht naar wetenschappelijke artikelen die inzicht geven in beschikbare innovaties rondom informatievoorziening voor prostaatkankerpatiënten.
- Kwantitatief onderzoek door middel van vragenlijsten aan patiënten met prostaatkanker die tussen januari 2022 tot en met juni 2023 in

het Antoni van Leeuwenhoek een RALP hebben ondergaan (n=665).

- Kwalitatief onderzoek door middel van een focusgroep onder PKNW-zorgprofessionals (n=114). Bij zowel patiënten als zorgprofessionals stonden de volgende onderwerpen centraal: waar en hoe zij informatie willen ontvangen en welke inhoud hierin dient te worden opgenomen. Ter aanvulling is de zorgprofessionals gevraagd hoe zij denken de uniforme patiënteninformatie mogelijk te maken en actueel te houden. Vervolgens is datatriangulatie toegepast om de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen.

Resultaten

Tien artikelen werden geïncludeerd. Het responspercentage onder patiënten was 48% (n=316). Aan de focusgroep hebben twintig zorgprofessionals deelgenomen. Zowel literatuur, patiënten als zorgprofessionals zagen een meerwaarde in het digitaal aanbieden van patiënteninformatie. Dit zou bijdragen aan een betere kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, informatieopname en coping van de patiënt. Belangrijk was dat de verschillende fasen van diagnostiek en behandeling werden meegenomen. Digitale hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden waren: behandelkeuzehulpmiddelen, video's, animaties, afbeeldingen, risicocalculators en ondersteunende functies. Patiënten wilden alle patiënteninformatie terugvinden op één digitale plaats. Bij de zorgprofessionals was hier nog geen draagvlak voor. Zij gaven de voorkeur aan distributie per ziekenhuis en het toevoegen van de uniforme patiënteninformatie aan het elektronisch patiëntendossier (EPD).

Conclusie

De best passende innovatie voor uniforme patiënteninformatie voor patiënten die worden behandeld binnen het RALP-zorgpad van het PKNW zou digitaal en via het EPD beschikbaar moeten zijn, waar mogelijk gepersonaliseerd en zou alle fasen van de behandeling moeten verduidelijken met diverse (digitale) hulpmiddelen. Belangrijk hierbij is dat een papieren versie beschikbaar blijft voor minder digitaal vaardige patiënten.

Voor meer informatie:
n.v.galen@nki.nl

Masterthesis **Nadia van Galen**, >
verpleegkundig specialist AGZ, Antoni
van Leeuwenhoek te Amsterdam



Agenda

Masterclass Mamma-oncologie	30 september en 1 oktober 2025
Masterclass Uro-oncologie	2 oktober 2025
Masterclass Palliatieve Zorg	7 en 8 oktober 2025
Masterclass Botcomplicaties	11 november 2025
Post-ESMO VS Netwerk VSO	13 november 2025
Masterclass Cardiotoxiciteit in de Oncologie	3 februari 2026

Voor actuele informatie netwerkvso.nl/agenda



Colofon

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 3 van *Oncologie Up-to-date* 2025, 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 Kajan, Hilversum

Erik van Muilekom

Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

Sylvia Verhage

Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Aan dit nummer werkten mee:

Astrid Danen, Chantal Foeken, Joni Israeli, Maurice Jager Fotografie, Marc de Leeuw, NFP Photography, Marijke van Oosten, Daniel Parengkuan, Roos Post, Iris Spaink, Angeline Taal, Studio Zwart, Frank van Wijck en Tessa Witvoet.

Coverfoto:

JanCoert Toerse, © NFP Photography

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 10•2025

**10^e
EDITIE
JUBILEUM**

voor zorgprofessionals betrokken bij longkanker

Graag zien we elkaar dit jaar weer in Breukelen en brengen we u op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op het gebied van het longkankerzorgpad.

Aanmelding

De **10^e editie** van 'Longkanker in perspectief' is dit jaar op **dinsdag 4 november 2025** te Breukelen. Het programma doet recht aan het jubileumjaar. **BENT U ERBIJ?** Scan de QR-code en schrijf u nu alvast in. We hebben een beperkt aantal plaatsen beschikbaar.



Accreditatie zal worden aangevraagd bij VSR, V&VN en NAPA

Vorige editie gemist?

Ga naar www.pfizerpro.nl/ziektebeelden/longkanker/educatie en kies Longkanker in perspectief 2024.