

VS.

Verpleegkundig Specialisten
Oncologie, Hematologie en
Palliatieve Zorg

Nieuwe voorzitter
V&VN VS

De ins en
outs van de
FWG-systematiek

Participatie
versterkt inbreng
VS bij richtlijn-
ontwikkeling



februari
2026



Palliatieve zorg voor kankerpatiënten met een korte levensverwachting

De e-learning 'Palliatieve zorg voor patiënten met een korte levensverwachting' helpt verpleegkundig specialisten en oncologieverpleegkundigen om tijdig behulpzame palliatieve zorg aan te reiken. Deze e-learning is ontwikkeld door patiëntenorganisatie Missie Tumor Onbekend in samenwerking met BSL.

Als verpleegkundige of verpleegkundig specialist kun je een heleboel betekenen voor patiënten die weten dat ze nog maar enkele maanden te leven hebben. Maar iedere patiënt reageert anders op dit nieuws en gaat hier anders mee om. In enkele modules leer je meer over de verschillende reacties van patiënten en hun naasten.

Je krijgt daarbij handvatten en tips om hiermee om te gaan. Dit helpt je om in te schatten wat kwaliteit in de laatste levensfase voor de patiënt en hun naasten betekent en hoe je hierin met palliatieve zorg kunt ondersteunen.

Download hier:



**Accreditatie:
1 punt**

VS.

Verpleegkundig Specialisten
Oncologie, Hematologie en
Palliatieve Zorg

Voorwoord



GABRIËLLA DE BOER

verpleegkundig specialist
Haaglanden Medisch Centrum
Den Haag



DESI VAN DEN BOOGAARD

verpleegkundig specialist
Jeroen Bosch Ziekenhuis
's-Hertogenbosch

Met de start van 2026 richten we de blik vooruit naar een nieuw jaar vol ontwikkelingen binnen de oncologische, hematologische en palliatieve zorg. In deze editie van VS. maken we kennis met de nieuwe voorzitter van V&VN VS, die met een duidelijke visie en verbindend leiderschap richting geeft aan de verdere versterking van het vak verpleegkundig specialist.

Kennisdeling vormt de kern van dit nummer. Vier verpleegkundig specialisten AGZ nemen u mee naar ESMO25, delen hun ervaringen en laten zien hoe internationale wetenschappelijke inzichten hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk. Ook innovatieve vormen van kennisdeling krijgen een podium, zoals de podcast over de Wetenschapsdagen Palliatieve Zorg, waarin onderzoek en praktijk op toegankelijke wijze samenkomen.

De professionele positionering van de verpleegkundig specialist blijft in beweging. In het interview met Agnes Offenbergh wordt de FWG-systematiek en het belang van passende waardering en transparantie uiteengezet. Daarnaast onderstrepen meerdere bijdragen hoe actieve participatie van verpleegkundig specialisten bij richtlijnontwikkeling leidt tot sterkere inhoud en grotere impact van ons vak.

Actuele thema's uit de praktijk vragen om aandacht en actie. Financiële toxiciteit wordt benoemd als bijwerking van een kankerdiagnose, met de oproep deze structureel te erkennen. Ook het belang van het betrekken van naasten als zorgontvangers komt duidelijk naar voren. Innovatie ondersteunt deze ontwikkelingen, onder andere via een app met praktische *bedside*-informatie voor palliatieve medicatie en technologie die het patiëntgesprek centraal stelt.

Tot slot tonen diverse bijdragen de waarde van praktijkgericht onderzoek en zorgtechnologische vooruitgang. Van nieuwe inzichten in diagnostiek, immunotherapie, dermatologische problematiek en het microbioom tot concrete vraagstukken rondom medicatiegebruik en symptoommanagement. Vragen uit de dagelijkse praktijk bij de behandeling van mammacarcinoom vormen basis voor het promotieonderzoek van verpleegkundig specialist Mandy van Rosmalen.

Dit nummer laat zien hoeveel potentieel er ligt in de dagelijkse praktijk van verpleegkundig specialisten en hoeveel er te winnen valt door kritisch te blijven, vragen te stellen, onderzoek te stimuleren en jezelf te blijven ontwikkelen.

Wij wensen u veel leesplezier en een jaar vol professionele verdieping en nieuwe inzichten.

Gabriëlla de Boer en Desi van den Boogaard



9

ESMO25:
vier verpleegkundig
specialisten AGZ delen
hun ervaringen



31

‘Er valt nog veel
te halen uit de
dagelijkse praktijk’

Interview met Mandy van
Rosmalen en Agnes Jager

34

Spraakassistent geeft
zorgprofessional ruimte
voor patiëntgesprek
zonder afleiding

Interview met Yvette Engelen
en Petra Kok



Inhoud

- 3** Voorwoord
- 6** Vicky Mouthaan nieuwe voorzitter V&VN VS
- 9** ESMO25: vier verpleegkundig specialisten AGZ delen hun ervaringen
- 11** Een mooie vorm van kennis delen: podcast over de Wetenschapsdagen Palliatieve Zorg
- 12** De ins en outs van de FWG-systematiek
Interview met Agnes Offenbergh
- 14** “Financiële toxiciteit moet erkend worden als bijwerking van een kankerdiagnose”
Interview met Jente Klok en Olga Husson
- 17** Participatie versterkt inbreng verpleegkundig specialisten bij richtlijnontwikkeling
Interview met Marieke Hillebrand
- 20** App biedt handige bedside informatie over medicatie in de palliatieve zorg
Interview met Marieke van den Beuken en Veronique Hilhorst
- 22** Zie naasten ook als zorgontvanger
Interview met Hinke Hoffstädt
- 25** Stimuleren van onderzoek om verpleegkundige zorg verder te verbeteren
Interview met Janneke de Man
- 28** Fentanylpleisters kunnen worden geplakt bij patiënten met cachexie
Interview met Floor Bols
- 31** ‘Er valt nog veel te halen uit de dagelijkse praktijk’
Interview met Mandy van Rosmalen en Agnes Jager
- 34** Spraakassistent geeft zorgprofessional ruimte voor patiëntgesprek zonder afleiding
Interview met Yvette Engelen en Petra Kok
- 37** Een PET-scan is allang niet meer gewoon een PET-scan
Interview met Lioe-Fee de Geus-Oei
- 40** Signaalstoffen in microbiom beïnvloeden respons op immunotherapie
Interview met Iris Mimpfen
- 43** Dermatologische problematiek bij oncologische behandelingen
Interview met Tristan Bruijn
- 46** Goede communicatie essentieel bij medicatie die kaakbotnecrose kan bevorderen
Interview met Sarina Pichardo
- 48** Zorgtechnologie beïnvloedt werk hematoloog én verpleegkundig specialist
Interview met Jarom Heijmans en Kaz Groen
- 51** Agenda en colofon



28

Fentanylpleisters kunnen worden geplakt bij patiënten met cachexie

Interview met Floor Bols

“Ik wil dat we
toegroeien naar een
beroep dat stáát, dat
we laten zien wat
onze toegevoegde
waarde is”

VICKY >
MOUTHAAAN



Vicky Mouthaan nieuwe voorzitter V&VN VS

Vicky Mouthaan was al sinds november 2022 vicevoorzitter en bestuurslid van V&VN VS, maar sinds kort is ze hiervan de voorzitter. Ze ziet nog groei ruimte in de invulling en uitvoering van het beroep verpleegkundig specialist en wil er in haar bestuursfunctie aan bijdragen dat die wordt benut. Tegelijkertijd vindt ze ook dat de verpleegkundig specialisten het volle recht hebben om hun trots uit te stralen over wat ze al hebben bereikt.

Vicky Mouthaan zegt te hebben getwijfeld of ze een bestuursfunctie bij V&VN VS wilde en ook of ze daarvan de voorzitter wilde worden, wat ze sinds oktober toch is. “Ik voel me comfortabel achter de schermen”, zegt ze. “Maar dat ik het spannend vond, was ook juist een reden om het te gaan doen. Het leven is te kort om door angst te worden afgeremd. Ik wil geen spijt hebben van dingen, ook niet van stappen die ik niet zet.”

Dat ze toch bestuurslid is geworden, zegt ze, heeft daarnaast ook te maken met haar behoefte verbetering te realiseren. Ze vertelt: “Ik ben altijd benieuwd naar de vraag waarom we doen wat we doen, en wat dat oplevert. En als het niet oplevert wat de bedoeling is, hoe kan het dan anders? Als een regel niet werkt voor een patiënt, waarom is die dan bedacht? Als ik die regel niet snap, kan ik die ook niet aan de patiënt uitleggen. Dat is steeds mijn motor geweest: niet wachten tot een ander het oppakt, maar het zelf doen. Zo ben ik ook de hbo-v-opleiding en de opleiding tot verpleegkundig specialist ingegaan, en dus ook mijn bestuursfunctie. Ik geloof in dit beroep.”

Toegevoegde waarde

De agenda die Mouthaan nu als voorzitter van V&VN VS heeft, ligt rechtstreeks in het verlengde van de agenda die het bestuur al had. “Ik wil dat we toegroeien naar een beroep dat stáát”, zegt ze, “dat we laten zien wat onze toegevoegde waarde is. We moeten wegblijven van onszelf steeds weer moeten bewijzen en toewerken naar complementaire samenwerking, met ruimte en respect voor ieders kennis en kunde. Dit geldt op elk niveau: tussen collega's en ook op bestuurs- en beleidsniveau. De uitdagingen in de zorg zijn te groot om te blijven hangen in wat anderen van ons vinden. De personele ruimte is er niet meer. Dus moeten we kijken naar wat en hoe we het anders kunnen doen. We moeten onszelf de vraag durven stellen: wat heeft de patiënt nodig en ben ik degene die dat moet bieden? Kan een

ander dat of kan de oplossing uit een andere sector komen?”

Mouthaan stelt dat het verpleegkundig beroep – en dus ook de verpleegkundig specialist – het dichtst bij de patiënt staat. “We zijn holistisch opgeleid. We zien de effecten van een klacht of belemmering en we zien wat nodig is. Soms is dat iets buiten je eigen expertisegebied of bevoegdheid. Ik wil dat wij in gang zetten dat dat dan ook geregeld wordt. Een voorbeeld van een belemmering daarbij is dat we in sommige sectoren nog niet mogen verwijzen. Terwijl het redelijk is te verwachten dat we de grenzen van ons vak kennen en weten wanneer een ander beter de meest passende zorg kan leveren.” Mouthaan heeft niets met de dooddoener ‘het mag niet van de zorgverzekeraar’. “Er kan veel wel”, zegt ze. “Je moet het alleen goed uitzoeken en je niet door anderen laten vertellen wat je wel en niet mag. Ik vind het onze taak om te kijken welke ruimte we hebben om deze vervolgens ten volle te benutten.”

Nieuwe structuur

V&VN krijgt nu een nieuwe structuur. “Het gaat meer vanuit de drie beroepen – verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten – de interne structuur vormgeven”, zegt ze. “Voor onze afdeling betekent dat niet zoveel. We komen meer in positie als een van de drie beroepen en de lijnen tussen bureau en bestuur worden

“We moeten onszelf de vraag durven stellen: wat heeft de patiënt nodig en ben ik degene die dat moet bieden?”



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

“Ik vind het onze taak om te kijken welke ruimte we hebben om deze vervolgens ten volle te benutten”

▲ VICKY MOUTHAAN

wat korter. Maar voor ons als V&VN VS heeft het verder geen gevolgen, we moeten vooral blijven doen wat we al doen.”

De vier pijlers waarop we besturen zijn: de positionering van het beroep, de kwaliteit van het beroep, de opleiding, en wetenschap en kennis. “We kijken naar wat op ons afkomt, wat daarvoor nodig is en hoe we dat vertalen naar de praktijk. Een actueel voorbeeld is lijkschouw. Dat mogen wij als verpleegkundig specialisten nu niet. Daar moet een arts bijgehaald worden die de patiënt veelal niet kende. Echt een voorbeeld van zo’n regel waarvan ik denk: waarom bestaat die? V&VN VS is in gesprek over experimenteerruimte. Is die er, dan is de verpleegkundig specialist op de werkvloer aan zet. Vanuit het bestuur proberen we de landelijke kaders te stellen, zodat de verpleegkundig specialist hiermee op de werkvloer aan de slag kan. Zo probeer in het onderscheid scherp te houden tussen wat we als bestuur kunnen betekenen en aan de praktijk laten.”

Ervaring bij defensie

Het was een bewuste keuze voor Mouthaan om afscheid te nemen van haar werk bij defensie als verpleegkundig specialist ggz en regiebehandelaar. “Dat werk vond ik juist leuk omdat het niet voor de hand lag”, zegt ze. “Ik heb altijd het besef gehad dat de manier waarop wij leven kan bestaan doordat anderen zich daarvoor inzetten. Ik dacht dat ik als verpleegkundig specialist misschien een bijdrage kon leveren aan dat grotere goed. Dat heb ik ook zeker gedaan, maar tegelijkertijd is defensie een wereld waarin verandering moeizaam is. Ik merkte dat ik er zo ver was gegroeid als ik daar kon, dat ik tegen een plafond aan zat. Dat gaat dan je werkplezier beïnvloeden, want als ik niet meer kan groeien, kan ik ook geen goede behandelaar meer zijn. Dus was weggaan een verdrietige, maar ook noodzakelijke conclusie.” Ze is nu manager behandelzaken bij Jellinek.

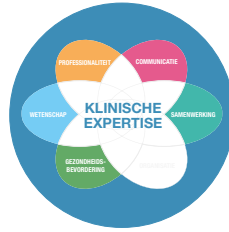
Ze zegt collega’s te treffen die zeggen dat ze niet ten volle worden

ingezet. “De mogelijkheden van het beroep worden nog niet volledig benut”, zegt ze. “Dat is een van de redenen waarom ik in het bestuur ben gegaan. Ik zie dat we het verschil kunnen maken en denk dat daarin nog veel potentieel kan worden benut. Daaraan hoop ik als bestuurder een stukje te kunnen bijdragen. Maar daarbij mogen we niet vergeten wat we al hebben bereikt. We moeten niet stilstaan. Maar we moeten wel koesteren wat er nu al is en beseffen hoe trots we daarop mogen zijn.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

KADER

Internationaal netwerk

V&VN VS heeft banden met het International Council of Nursing/Nurse Practitioner-Advanced Practice Nurse (ICN/NP-APN) Network. Dit is twee kanten op interessant, stelt Mouthaan. “Ik zie de verpleegkundig specialist als drijvende kracht voor de verpleegkunde als geheel”, zegt ze. “In contact met collega’s internationaal in dit netwerk zie ik dat wij daarin best vooroplopen, vooral in de wettelijke verankering van ons beroep. We vervullen internationaal dus een belangrijke voorbeeldfunctie. Omgekeerd kunnen wij leren van de beroepstrots en het ambassadeurschap dat de verpleegkundig specialisten in bijvoorbeeld Canada, de Verenigde Staten en Australië wel uitstralen. Ook is het netwerk inhoudelijk interessant. We komen in contact met vakgenoten uit andere landen en dat is altijd leerzaam.”



ESMO25: 4 VS'ers delen hun ervaringen

Esther van Eden, MSc, verpleegkundig specialist Mamma-oncologie, St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht

Dit jaar had ik het geluk om namens de mamma-oncologie van het St. Antonius Ziekenhuis naar het ESMO-congres in Berlijn te gaan. Vooraf had ik me goed voorbereid: het programma doorgespit, keuzes gemaakt uit de enorme hoeveelheid sessies. Maar toch werd ik bij aankomst meteen overspoeld door dat typische ESMO-gevoel: zóveel willen zien, zóveel inspiratie, en te weinig uren op een dag.

Wat me dit jaar vooral opviel, was hoe duidelijk de beweging richting nóg persoonlijkere zorg is. In veel studies zag je dat behandelingen die we al goed kennen uit de gemetastaseerde setting, nu onderzocht worden bij een vroeg stadium van de ziekte. Middelen zoals trastuzumab deruxtecan, de CDK4/6-remmers en nieuwe antilichaam-geneesmiddelconjugaten lijken een rol te krijgen in het voorkomen van recidieven. Deze studieresultaten geven me echt het gevoel dat we stappen vooruit zetten, en dat wat we leren bij uitgezaaide borstkanker wellicht ook betere kansen kan bieden voor patiënten met een vroeger stadium van hun ziekte.

Een bijzonder moment was het opnemen van een podcast over de belangrijkste ontwikkelingen. We spraken onder andere over nieuwe resultaten bij HER2-positieve borstkanker en de rol van CDK4/6-remmers. Het was ontzettend leuk om op deze manier mijn ervaringen te delen. Je voelde bij iedereen de opluchting én trots toen de opname erop zat.

Naast alle inhoudelijke hoogtepunten waren het vooral de gezelligheid en het intercollegiale contact die deze dagen zo waardevol maakten. Samen eten, napraten, lachen en ideeën uitwisselen. Voor mij is een internationaal congres altijd een bron van inspiratie. Het geeft nieuwe energie, nieuwe ideeën en het gevoel dat je onderdeel bent van een groter geheel. Ik kijk dan ook met veel warmte terug op deze dagen in Berlijn. Dagen vol inspiratie, verbondenheid en hoop voor de toekomst van onze zorg.

Erna Haverkate, MSc, verpleegkundig specialist Long-oncologie, ZGT, Hengelo

Mijn eerste internationale congres mogen bezoeken en dan ook nog de vijftigste editie van het ESMO-congres in Berlijn. Daar gingen we, vier verpleegkundig specialisten AGZ met ieder zijn eigen vakgebied, in de trein richting Berlijn. Vier dagen mezelf onderdompelen in het expertisegedebied longoncologie. Met een opdracht, namelijk de highlights van het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van longoncologie verzamelen voor de werkpriktijk van de verpleegkundig specialisten in Nederland.

Het waren interessante dagen, ontzettend leerzaam en wat een belevenis! Het was echt overweldigend, met ruim 37.000 bezoekers uit 174 verschillende landen. Allemaal oncologische experts met een warm hart voor de oncologische zorg en als doel de kwaliteit van de zorg verbeteren. Met meer dan 650 sprekers, 214 *mini orals*, 170 *proffered papers*, ruim 2.500 posters en noem maar op. Zie dan de juiste longsessie er maar uit te halen, wat een uitdaging, maar wel een hele leuke!

De longoncologie is een boeiend specialisme dat volop in ontwikkeling is en daarin hebben wij als verpleegkundig specialisten ook een brede rol. Ik heb er dan ook bewust voor gekozen om niet alleen naar sessies over onderzoek naar nieuwe medicatie te gaan, maar ook breder te kijken. Binnen onze behandelrelatie als verpleegkundig specialist zijn verschillende factoren belangrijk en breder dan alleen het behandelplan, bijvoorbeeld palliatieve zorg, het behandelen van pijn, psychosociale begeleiding en samen beslissen. Als verpleegkundig specialist vind ik het dan ook belangrijk om laagdrempelig bereikbaar te zijn voor vragen van patiënten.

Elke dag foto's en notities maken tijdens de sessies en aan het einde van de dag een samenvatting maken voor de terugkoppeling. Een podcast opnemen met de hoogtepunten van het ESMO-congres was nieuw, een uitdaging waarbij ik volledig uit mijn comfortzone



▼ ESTHER VAN EDEN, ERNA HAVERKATE, MERLIJN MARKUS EN SANDRA DIKES

ging. Maar onder begeleiding van de crew is dit goed verlopen. Voordat ik het wist was de podcast opgenomen en heb ik een korte terugkoppeling kunnen geven van de ESMO-dagen, al is er natuurlijk veel meer te vertellen.

Na het congres borrel ik van de ideeën en plannen die ik wil omzetten naar de werkvloer, dus op naar de volgende uitdaging!

Als laatste advies aan alle collega verpleegkundig specialisten: krijg je de kans om een buitenlands congres te bezoeken, ik zeg DOEN! Het is een verrijking van je kennis, je vergroot je netwerk en het is ook heerlijk om in deze ambiance bezig te zijn met je vak.

Netwerk VSO, dank voor deze unieke en fantastische ervaring!

Merlijn Markus, MSc, verpleegkundig specialist GE-oncologie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's Hertogenbosch

Voor mij was het de tweede keer op een ESMO-congres. In 2022 ben ik voor de MANP naar het congres in Parijs geweest, dus ik wist al een beetje wat ik kon verwachten van het congres. Maar toch was het in Berlijn een heel andere ervaring, omdat ik dit keer niet alleen ging om kennis op te doen, maar ook met een duidelijke opdracht: de highlights binnen de GE-oncologie verzamelen én terugkoppelen in een podcast. Dat vroeg de nodige voorbereiding.

Een aantal weken voor vertrek ben ik begonnen met het bekijken van het programma. Welke sessies waren echt interessant? Waar zouden de belangrijkste data voor de klinische praktijk worden gepresenteerd? Om het behapbaar te houden, heb ik me gefocust op het maag- en slokdarmcarcinoom en daarnaast op het colorectaal carcinoom. Voor een aantal studies dook ik al in de onderzoeksopzet, zodat ik tijdens de presentaties de data goed kon plaatsen.

Enigszins gespannen stapte ik samen met de andere verpleegkundig specialisten in de trein naar Berlijn. In de trein konden we elkaar een beetje leren kennen, een leuk en gezellig clubje!

Tijdens het congres werkte ik na elke sessie vrijwel meteen mijn notities uit. Wat moest echt terugkomen in de podcast? Welke resultaten waren relevant voor de dagelijkse praktijk? Hoeveel cijfers zou ik noemen zonder dat het een grote cijferbrij werd? Het was fijn om hier af en toe even over te kunnen sparren met de andere verpleegkundig specialisten.

Wat daarnaast erg waardevol bleek, was de discussant die na de presentatie de studie bediscussieerde. Dit gaf extra inzicht in de klinische betekenis van de resultaten, wat mij weer hielp de resultaten te interpreteren.

Een van de studies die mij is bijgebleven – en waarvan ik hoop dat we er in de nabije toekomst iets van gaan terugzien in de praktijk – is de MATTERHORN-studie. Hierin werd gekeken naar de werkzaamheid en veiligheid van perioperatieve behandeling met durvalumab + FLOT versus placebo + FLOT bij patiënten met lokaal gevorderde, resectabele maagkanker of kanker van de gastro-oesofageale overgang. Tijdens het ESMO-congres werden onder andere de overlevingsdata gepresenteerd: durvalumab + FLOT liet een statistisch significante én klinisch relevante verbetering zien van de algehele overleving ten opzichte van alleen FLOT.

Aan het einde van het congres namen we in Berlijn de podcast met de

highlights op, zodat we daarna met een gerust gevoel weer terug naar huis konden. Terugkijkend was het intensief en hard werken, maar vooral ook erg leuk, inspirerend en leerzaam. Een waardevolle ervaring!

Sandra Dikkes, MSc, verpleegkundig specialist Uro-oncologie, Isala, Zwolle

Binnen de uro-oncologie werden diverse studies gepresenteerd die richting geven aan de toekomstige zorg. Een ontwikkeling vond plaats voor patiënten met spierinvasief urotheelcarcinoom die niet in aanmerking komen voor cisplatine. De KEYNOTE-905-studie liet een duidelijke verbetering zien in eventvrije en algehele overleving met de combinatie van enfortumab vedotin en pembrolizumab in de periadjuvante setting. Dit biedt een nieuw behandelperspectief voor een kwetsbare groep patiënten voor wie tot nu toe weinig alternatieven beschikbaar zijn.

Ook het thema gepersonaliseerde zorg kreeg veel aandacht. De IMvigor011-studie toonde aan dat *minimal residual disease* (MRD), gemeten via ctDNA, gebruikt kan worden om adjuvante immunotherapie gericht in te zetten: alleen behandelen wanneer nodig, en onnodige toxiciteit vermijden wanneer MRD negatief blijft. De DISCUS-studie benadrukte daarnaast het belang van patiëntgerichte behandeling door te laten zien dat drie cycli platinabevattende chemotherapie bij gemetastaseerd urotheelcarcinoom niet onderdoen voor zes cycli, met een betere kwaliteit van leven als belangrijk voordeel.

Ook op het gebied van niercel- en prostaatcarcinoom werden relevante ontwikkelingen gepresenteerd. In de OPTIC-RCC-studie werd RNA-sequencing onderzocht om behandelingen bij gemetastaseerd niercelcarcinoom te personaliseren. Tot slot gaf de PSMAAddition-studie het eerste bewijs in een fase 3-studie voor de inzet van Lu-PSMA-617 in de hormoongevoelige setting, al is verdere evaluatie nodig voordat deze behandeling kan worden ingebed in de standaardzorg.

De rode draad van het ESMO-congres 2025 was dat het behandelandschap snel persoonlijker wordt en vraagt om zorgvuldige afwegingen binnen het multidisciplinaire team. De verpleegkundig specialist speelt daarin een centrale rol. Vanuit die positie kijk ik dankbaar terug op de mogelijkheid om namens het netwerk VSO de uro-oncologische highlights te delen met onze achterban via een podcast.

Het was een prachtige ervaring om samen met verpleegkundig specialisten uit verschillende tumorspecialismen naar het ESMO-congres te gaan. Het samenwerken met collega's gaf veel energie en inspiratie. Minstens zo waardevol waren de momenten buiten het programma: samen in gesprek gaan, ervaringen delen en elkaar beter leren kennen. Het sociale aspect en het netwerken met andere verpleegkundig specialisten maakten deze reis niet alleen leerzaam, maar ook bijzonder verbindend.



Scan de QR-code of ga naar de website netwerk VSO netwerkvso.nl om de podcasts te beluisteren.



Een mooie vorm van kennis delen: podcast over de Wetenschapsdagen Palliatieve Zorg

Tijdens de Nederlands-Vlaamse Wetenschapsdagen Palliatieve Zorg, op 9 en 10 oktober jl. in Houten, kregen Maaïke Vlot, MSc (Isala, Zwolle) en Leontine Maas, MSc (St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht), beiden verpleegkundig specialist AGZ en werkzaam in het palliatief team van hun ziekenhuis, de kans bij te dragen aan kennisdeling binnen ons vakgebied door middel van het opnemen van een podcast.

“Het congres bood een rijk programma met plenaire lezingen, parallelsessies en posterpresentaties. Met zo’n zeventig sprekers en een divers publiek van beleidsmedewerkers, onderzoekers, artsen en enkele verpleegkundig specialisten was het een inspirerende omgeving om ons verhaal te delen. De thema’s waren divers, maar cultuursensitieve zorg en proactieve zorgplanning sprongen er voor ons uit. Deze onderwerpen komen dan ook nadrukkelijk terug in de podcast. We maakten vooraf een selectie van sprekers en sessies die we wilden belichten. Hoewel we vooraf twijfelden of we genoeg gesprekstof zouden hebben voor twee keer twintig minuten, bleek het tegendeel waar. De gesprekken verliepen natuurlijk en we hadden met gemak nog langer door kunnen gaan!

In de podcasts gingen we inhoudelijk in op verschillende studies die tijdens het congres werden gepresenteerd. Daarbij waren we niet alleen beschrijvend, maar ook kritisch. We bespraken de gebruikte

uitkomstmaten (is kwaliteit van leven een geschikte uitkomstmaat bij onderzoek over het saneren van medicijnen?) en waren soms zoekende naar de klinische relevantie. Als verpleegkundig specialisten zijn we immers dagelijks bezig met de vertaalslag van wetenschap naar praktijk en we merkten dat de toepasbaarheid van bepaalde onderzoeken niet altijd duidelijk was.

Wat ons bijzonder positief opviel, is hoeveel onderzoek er inmiddels wordt gedaan binnen de palliatieve zorg. Dat is een geweldige ontwikkeling. Patiënten in de palliatieve zorg worden vaak beschouwd als een complexe onderzoekspopulatie, maar dit congres liet zien dat onderzoek heel goed mogelijk is. Tegelijkertijd hopen we in de toekomst ook meer studies te zien die zich richten op somatische aspecten binnen de palliatieve zorg, naast de psychosociale en organisatorische thema’s.

Het opnemen van de podcasts was voor ons beiden niet alleen leerzaam, maar ook gewoon heel leuk. Samen praten over ons vak, reflecteren op de sessies, lachen en ondertussen ook nog netwerken met collega’s uit andere organisaties. De energie, de verbinding en het plezier maakten het tot een ervaring die absoluut smaakt naar meer!”



Benieuwd naar de podcasts?
Ga naar netwerkvs.nl



De *ins* en *outs* van de FWG-systematiek

Afgelopen november verzorgden V&VN VS en Stichting FWG de masterclass *FWGeeft inzicht*. Functiewaardering en -beloning houdt de gemoederen van verpleegkundig specialisten al lang bezig. Helaas bestaan er ook misverstanden over, zegt Agnes Offenberg, MSc, verpleegkundig specialist AGZ en senior beleidsadviseur bij V&VN VS.

De verpleegkundig specialisten die het VSO Voorjaars Symposium 2025 hebben bezocht, zullen zich de discussie herinneren in de sessie die relatiebeheerder sociale partners van Stichting FWG Menno Jacobs verzorgde. “Het was goed dat die sessie daar georganiseerd werd, maar die was alleen voor de verpleegkundig specialisten Oncologie”, vertelt Agnes Offenberg. “Wij organiseerden de masterclass *FWGeeft inzicht*, omdat de discussie over de functiewaardering op de totale groep verpleegkundig specialisten betrekking heeft. De meest gestelde vraag onder hen is: ‘Hoe kan ik aantonen dat ik er recht op heb in functiegroep 65 te komen?’. Ze doen belangrijk werk met een grote verantwoordelijkheid. Maar het punt is dat ik, aan de vragen die we over de FWG krijgen, merk dat die systematiek niet altijd helder voor ze is.” Belangrijk om te weten, zegt ze, is dat de Stichting FWG er niet over gaat in welke functiegroep een verpleegkundig specialist wordt geplaatst. Ze verricht wel pijlstokmetingen en onderzoeken om de ontwikkelingen in de functie in kaart te brengen en te kijken of de functiewaardering nog daarbij aansluit. “Maar er is een heel systeem opgebouwd waarin onder andere vakbonden en werkgeversorganisaties betrokken zijn”, vertelt ze. “In dit proces willen ze ook de stem van de verpleegkundig specialisten meenemen. Maar veel van hen weten blijkbaar niet dat de beroepsgroep hier ook bij betrokken wordt. De onderzoekers spreken met verpleegkundig specialisten. Ze leggen contact via werkgevers, vakbonden en beroepsverenigingen.”

Niet uit te leggen

Offenberg zegt te herkennen dat in de praktijk dingen gebeuren die niet goed uitlegbaar zijn. “Neem als voorbeeld een vacature waarin voor een bepaalde functie wordt gevraagd om een verpleegkundig specialist óf een physician assistant”, zegt ze. “Op zich al bijzonder. En onderaan de advertentie staat dan dat de eerste volgens functiegroep 60 zal worden gehonoreerd en de tweede in functiegroep 65. Dit gebeurt niet zelden en het is niet uit te leggen. Het is begrijpelijk

dat verpleegkundig specialisten hier gefrustreerd door raken. Ze vragen zich af of ze in de maling worden genomen, of dat ze worden afgerekend op het woord ‘verpleegkundig’ in de functienaam.” Het is vervelend dat die onrust bestaat onder verpleegkundig specialisten en dat ze er een gevoel van onrecht door ervaren, zegt Offenberg. “Hierom hebben we in samenwerking met de Stichting FWG de aanzet gegeven tot een Q&A die we op onze verenigingswebsite gaan publiceren. De verpleegkundig specialisten kunnen hiervoor dan zelf vragen aanleveren. Ik hoop dat dit helpt om hun ervaren en werkelijke positie te verbeteren.”

De inhoud is bepalend

Er zijn verschillen in financiële waardering tussen individuele verpleegkundig specialisten. “Dit wordt verklaard door de inhoud van de functie”, zegt Offenberg. “Daarnaast kan de arbeidsmarktproblematiek in een sector of een regio een rol spelen. Waar tekorten bestaan, zien we dat werkgevers soms hoger belonen. Het komt zelfs voor dat verpleegkundig specialisten, zoals in de ggz, in functiegroep 70 betaald worden.” Maar dat is iets anders dan dat de functie met het FWG-systeem is ingedeeld in functiegroep 70.

Ze begrijpt dat dit bij collega's leidt tot de vraag: ‘Hoe kan dit, ik heb hetzelfde diploma?’. “Het punt is dat niet het beroep wordt gewogen, maar de functie. De inhoud daarvan, wat je dagelijks doet in je werk. Welke verantwoordelijkheid je krijgt en neemt, welke risico's spelen. Hoe zwaar het werk is, ook fysiek. Het gaat dus niet om de opleiding en dat kan ook niet, er is maar één opleiding. Als je een contract aangaat, maak je afspraken over de inhoud van je werk en de financiering ervan. Dat is individueel. Daarom kan het ook zo zijn dat een verpleegkundig specialist op de ene afdeling in het ziekenhuis in een andere functieschaal valt dan een collega op een andere afdeling. Soms ervaren ze dat als willekeur, maar het heeft dus echt met de inhoud van het werk te maken.”

“We hebben in samenwerking met de Stichting FWG de aanzet gegeven tot een Q&A die we op onze verenigingswebsite gaan publiceren”



▲ AGNES OFFENBERG

Puntensysteem

Offenbergh zegt dat de werkgevers graag één functieprofiel willen voor alle verpleegkundig specialisten in huis, maar dat dit dus wringt met het FWG-systeem dat bepaalt dat het om de inhoud van de functie gaat. “Veel werkgevers negeren op dat moment dat systeem en bieden toch allemaal dezelfde functiegroep aan, meestal functiegroep 60”, zegt ze. “Op een enkele uitzondering na, voor iemand die hard kan maken dat plaatsing in functiegroep 65 terecht is. In het FWG zit daar een puntensysteem achter. Hierin spelen zaken een rol als werken in de acute zorg, werk met een zware belasting doen of wetenschap bedrijven op een bepaald niveau.”

Dat laatste is onderdeel van het functieprofiel van de verpleegkundig specialist. “Maar niet iedereen krijgt er de ruimte voor”, zegt Offenbergh, “en niet iedereen is er evenveel in geïnteresseerd. Er komt altijd het aspect vrije tijd bij kijken. En je moet ook een team en begeleiding om je heen hebben. Verder hangt er een goedkeuring aan vast en als die er niet komt, houdt het op. Promotieplekken zijn ook niet heel makkelijk te vinden, en worden financieel niet sterk gewaardeerd. Veel verpleegkundig specialisten zijn pas wat later in die functie gekomen, als ze al financiële verplichtingen hebben van bijvoorbeeld een hypotheek en kinderen. Dat kan ook een hindernis zijn.”

Drie speerpunten

In een whitepaper benoemde V&VN VS drie speerpunten die moeten helpen om te zorgen dat het beroep verpleegkundig specialist meer ten volle kan worden benut. Offenbergh vertelt: “Het eerste is dat we tegenwicht willen bieden aan het feit dat de zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist nog te veel ter discussie wordt gesteld. Ten tweede willen we de verpleegkundig specialist in staat stellen ambassadeur te zijn voor het beroep. Het derde punt is dat we voldoende opgeleide verpleegkundig specialisten willen, en dus voldoende opleidingsplekken. Deze drie punten moeten zorgen dat ze beter gaan landen in het zorgveld. Waarbij ik wel aantekenen dat de afgelopen 25 jaar al veel is bereikt.”

Maar er is dus nog groeiruimte. Offenbergh heeft daarbij ook een boodschap voor de verpleegkundig specialisten. “Zorg dat je op de inhoud kunt meepraten en *choose your battles*. Dan kun je in het gesprek met je manager invloed uitoefenen op die aspecten van het werk en de waardering daarvoor waarop je invloed hebt.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

In 2026 volgt een tweede masterclass *FWGeeft inzicht*. Hou hiervoor de V&VN-agenda in de gaten: www.vernv.nl/agenda

JENTE >
KLOK

< OLGA
HUSSON

Klok: “Veel mensen kunnen na vijf jaar nog steeds niet op hetzelfde niveau werken en hebben dus permanent inkomensverlies”



“Financiële toxiciteit moet erkend worden als bijwerking van een kankerdiagnose”

Veel mensen krijgen na hun kankerdiagnose te maken met financiële gevolgen, zoals inkomensverlies en extra kosten. Dit kan grote impact hebben op hun dagelijks leven, ook op de langere termijn, en verdient daarom meer aandacht en support, vinden promovenda Jente Klok, MSc (Erasmus MC, Rotterdam) en onderzoeksgroepsleider dr. Olga Husson (Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam, en Erasmus MC, Rotterdam).

“Onder financiële toxiciteit verstaan we de directe en indirecte financiële gevolgen na een kankerdiagnose (of andere diagnose)”, legt Jente Klok uit. “Directe gevolgen zijn bijvoorbeeld inkomensverlies doordat iemand minder kan werken, of extra uitgaven die niet worden vergoed, zoals aanpassingen in huis, een nieuwe garderobe (door gewichtsverandering) of de parkeerkosten bij het ziekenhuis. Indirecte gevolgen zijn moeilijker te omvatten in harde getallen, maar daarmee bedoelen we de psychosociale gevolgen, zoals stress, tot aan daadwerkelijk copingmechanismen en het zoeken van hulp.”

Langdurige financiële gevolgen

Om te onderzoeken in hoeverre patiënten op de lange termijn nog te maken hebben met financiële toxiciteit, analyseerden Klok en collega's de data van een online ‘Doneer je ervaring’-enquête uitgezet door de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). De daarbij gebruikte vragenlijsten waren ontwikkeld samen met patiënten en belangenbehartigers, maar ook samen met het NIBUD en financieel planners. Klok: “We hebben ons bij de analyse gefocust op de patiënten bij wie de kankerdiagnose meer dan vijf jaar geleden was gesteld. Je valt dan in Nederland in veel gevallen buiten het vangnet. Hoe zijn dan de financiële gevolgen?”

Die bleken lang aan te houden, zag Klok. Drie kwart van de respondenten gaf aan nog steeds te maken te hebben met inkomensverlies of extra uitgaven.¹ “Veel mensen kunnen na vijf jaar nog steeds niet op hetzelfde niveau werken en hebben dus permanent inkomensverlies. Ongeveer de helft van de mensen heeft nog altijd extra uitgaven. Wat betreft de indirecte kosten gaven mensen vijf jaar na de

diagnose nog steeds aan psychologische problemen te ervaren, en niet rond te kunnen komen op het eerdere niveau, waardoor moeilijke keuzes moeten worden gemaakt. Meer dan de helft maakt zich bovendien nog steeds zorgen over hun financiële toekomst.

Omdat het ging om een vragenlijst die gedeeld werd via e-mail en social media, zou het kunnen dat mensen die financiële gevolgen ervaren eerder geneigd zijn om deze in te vullen, geeft Klok toe. “Maar het overgrote deel van de respondenten was hoogopgeleid, en uit eerder onderzoek is naar voren gekomen dat juist mensen die laagopgeleid zijn een groter risico lopen op financiële toxiciteit. Dus als je het spiegelt op de Nederlandse samenleving zou het nog veel meer aanwezig kunnen zijn bij de andere groep die nu onderbelicht is in deze studie.”

Meer gevolgen voor AYA's

Financiële toxiciteit speelt voor alle overlevenden van kanker een rol, maar voor de groep *adolescents and young adults* (AYA's) is dat net weer wat anders, zag Olga Husson in een Europees onderzoek.² “AYA's ervaren meer gevolgen dan de wat oudere patiënt. Wat de reden daarvan is weten we niet precies, maar je kunt wel bedenken

Husson: “AYA's ervaren meer gevolgen dan de wat oudere patiënt”



▲ JENTE KLOK EN OLGA HUSSON

dat AYA's aan het begin van hun carrière staan en nog geen cv hebben opgebouwd en daardoor ook nog geen financiële reserves hebben. Vaak worden ze weer financieel afhankelijk van hun ouders. Er spelen allerlei leeftijdsgebonden elementen, waardoor het voor hen nog moeilijker is om terug te keren in de maatschappij, of er überhaupt een plek in te krijgen."

Data van het CBS over gewerkte uren en inkomen laten zien dat AYA's vijf jaar na diagnose 8,5% minder verdienen dan hun leeftijdsgenoten die geen kanker hebben gehad, vertelt Husson.³ "Daaraan kun je zien dat er echt een groot probleem is." Dat komt deels doordat AYA's minder uren werken dan leeftijdsgenoten en vaker gebruik maken van het supportsysteem in Nederland. "Opvallend was dat AYA's vaker als zelfstandig ondernemer aan de slag gaan. De reden daarvan is niet bekend. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat de kankerdiagnose heeft opgeleverd dat iemand heel goed weet wat hij of zij wil, en dat als onafhankelijke wil gaan doen. Maar het kan ook betekenen dat iemand niet meer in loondienst aan de slag kan."

AYA's kunnen ook te maken krijgen met financiële gevolgen van hun ziekte door de 'schone-lei-regeling' vanuit de overheid, waardoor ze tot tien jaar na diagnose verplicht zijn te rapporteren dat ze kanker hebben gehad. Een hypotheek aanvragen kan vaak nog wel, maar ze moeten dan veel meer betalen voor een levensverzekering, waardoor hun kans op het kopen van een huis alsnog kleiner is. Onderzoek van Husson en collega's laat echter zien dat de levensverwachting van AYA's die een aantal jaren hebben overleefd, oftewel de conditionele overleving, in veel gevallen richting de 100% gaat.⁴ "Voor de gehele groep AYA's zou de limiet op vier jaar moeten liggen in plaats van

Klok: "We merken dat financiële toxiciteit in de spreekkamer nog te vaak niet uitgevraagd wordt"

tien jaar. We hebben het ook in kaart gebracht per tumortype en per stadium, en dan zie je alsnog dat een heel groot deel van de AYA's er met de schone-lei-regeling niet goed vanaf komt. Daar zouden we veel minder streng in moeten zijn."

Uitvragen in de spreekkamer

Jongeren die kanker krijgen in de fase tussen opleiding en werk lijken qua sociale zekerheid tussen de wal en het schip te vallen, en vaak is zowel voor henzelf als voor hun zorgteam niet duidelijk waar ze recht op hebben. "Het AYA-zorgnetwerk heeft onlangs een grote subsidie gekregen van KWF Kankerbestrijding om de zorg voor AYA's verder te professionaliseren, daarbij is dit een van de onderwerpen", zegt Husson. "We willen in kaart brengen wat er niet goed gaat en waar support moet komen, zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener."

Daarnaast loopt binnen het Erasmus MC inmiddels een pilot waarin een medewerker van de gemeente Rotterdam een spreekuur heeft in het ziekenhuis. Daar kunnen zorgverleners heel laagdrempelig patiënten naartoe verwijzen als ze geldproblemen hebben.

"Het belangrijkste is dat financiële toxiciteit erkend moet worden als een bijwerking van een kankerdiagnose, en bijwerkingen worden besproken in de spreekkamer. We merken dat financiële toxiciteit dan nog te vaak niet uitgevraagd wordt. Daar ligt zeker ook een rol voor de verpleegkundig specialist. Dit kan laagdrempelig door een vraag over financiële gevolgen op te nemen in de standaard *patient reported outcome measures* (PROMs)-vragenlijsten", denkt Klok.

In de AYA-anamnese die de verpleegkundig specialist afneemt op verschillende tijden zitten al vragen over financiële toxiciteit, werk en opleiding. Husson: "De winst die daar nog te behalen valt is dat veel meer AYA's, maar ook zorgprofessionals, zich er bewust van moeten worden dat die zorg voor AYA's er is." | Dr. Astrid Danen, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Klok JM, et al. J Cancer Surviv 2024 Sep 3. doi: 10.1007/s11764-024-01668-2.
2. Vancoppenolle JM, et al. Int J Cancer 2025;157:1433-45.
3. Siebinga TM, et al. J Natl Cancer Inst 2023;115:1294-301.
4. Vrancken Peeters NJ, et al. Lancet Reg Health Eur 2025;57:101429.



In een podcast spreekt Tessa Steenbruggen met Jente Klok en ervaringsdeskundige Willemarijn over financiële toxiciteit van de diagnose en behandeling van kanker. Deze podcast is te beluisteren op www.oncologie.nu/podcasts



Participatie versterkt inbreng verpleegkundig specialisten bij richtlijnontwikkeling

Als verpleegkundig specialist AGZ Palliatieve zorg heeft Marieke Hillebrand, MSc, een breed werkterrein in Ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten. In haar eigen ziekenhuis zet ze zich graag in voor verbetering van de palliatieve zorg. Daarnaast participeert ze in diverse netwerken en werkgroepen vanuit dezelfde gedrevenheid. “Ik vind het geweldig om van betekenis te zijn voor patiënten in de palliatieve fase. En het is mooi om als verpleegkundig specialist mee te denken bij richtlijnontwikkeling rond deze specifieke doelgroep.”

Marieke Hillebrand is verpleegkundig specialist en lid van het palliatief adviesteam. “Wij pakken consulten voor palliatieve zorg op, daarnaast werken we aan het breed inbedden en borgen van palliatieve zorg in het ziekenhuis, we doen aan *bedside teaching* en nemen deel aan verschillende mdo's in het ziekenhuis. Ook praten we mee op beleidsniveau. Zo kunnen we vanaf de werkvloer invloed uitoefenen op het beleid rond palliatieve zorg en meehelpen veranderingen te creëren.”

Betaaltitel proactieve zorgplanning

Daarbij blijft Hillebrand graag op de hoogte van alle landelijke ontwikkelingen op het gebied van palliatieve zorg. Ze ziet dat hiervoor over de hele breedte van de zorg meer aandacht komt. “Een belangrijke ontwikkeling is er bij proactieve zorgplanning in ziekenhuizen. De kosten hiervoor konden voorheen alleen door palliatieve zorgteams

worden gedeclareerd. Dat is op landelijk niveau veranderd. Er is een betaaltitel voor proactieve zorgplanning, waardoor ook andere zorgverleners procedures rond proactieve zorgplanning kunnen declareren. Binnen het DBC-systeem is de prestatie ‘overig zorgproduct’ aangemaakt. Daardoor kunnen ook andere specialismen met proactieve zorgplanning aan de slag, iets wat in de toekomst zeer waarschijnlijk een verplichting gaat worden in de zorg.”

Richtlijnparticipatie

Hillebrand is ook buiten Ziekenhuis Nij Smellinghe actief. Zo is ze lid van de werkgroep Richtlijnparticipatie van het netwerk van verpleegkundig specialisten Oncologie en Palliatieve zorg (Netwerk VSO), die nu ongeveer drie jaar actief is. Voorzitter van deze werkgroep is verpleegkundig specialist Gertrud van der Werff, MANP, werkzaam in het Martini Ziekenhuis in Groningen, en verpleegkundig specialist Ginette Hesselmans, MSc, werkzaam in het UMC Utrecht is ook lid, vertelt Hillebrand. “Ik noem hen graag, want ik doe dit werk niet alleen. Met deze werkgroep faciliteren we dat verpleegkundig specialisten Palliatieve zorg kunnen participeren in richtlijncommissies. En dan gaat het om richtlijnen die betrekking hebben op palliatieve zorg, waarbij de initiators van de richtlijn V&VN en PZNL uitnodigen om mensen af te vaardigheden, bijvoorbeeld richtlijnen over palliatieve sedatie, proactieve zorgplanning en palliatieve zorg bij hartfalen.”

“We kunnen vanaf de werkvloer invloed uitoefenen op het beleid rond palliatieve zorg en meehelpen veranderingen te creëren”

< MARIEKE
HILLEBRAND

“Het is belangrijk dat
onze stem aan tafel
wordt gehoord”

“Het is niet eng om over de laatste levensfase en het sterven zelf te praten”

Afgevaardigden

“We hebben met V&VN afgesproken dat er altijd een verpleegkundig specialist bij het opstellen of updaten van een dergelijke richtlijn betrokken wordt. Dus niet een verpleegkundige óf een verpleegkundig specialist, maar altijd een verpleegkundig specialist, waarbij uiteraard ook verpleegkundigen kunnen aansluiten. V&VN krijgt de uitnodiging om afgevaardigden te leveren en wij kijken vervolgens bij onze achterban wie we mandateren voor een werkgroep of klankbordgroep voor een richtlijn. In de tussentijd krijgen wij als VSO-PZ-werkgroep Richtlijnparticipatie informatie over de voortgang van de richtlijn. Zo weet ik bijvoorbeeld dat er nu een nieuwe richtlijn voor de behandeling van misselijkheid en braken in de palliatieve fase aankomt. Jaarlijks geven wij vanuit onze werkgroep op de masterclass Palliatieve zorg een update over de stand van zaken rond de richtlijnen die de palliatieve zorg raken.”

Samenwerking

Hillebrand benadrukt dat participeren in een richtlijncommissie bijdraagt aan de profilering van de verpleegkundig specialisten als beroepsgroep. “Je krijgt invloed op wat er in de richtlijn komt. Het is belangrijk dat onze stem aan tafel wordt gehoord, het is belangrijk om ons te profileren als verpleegkundig specialisten op het gebied van palliatieve zorg. Daarbij zijn we sterk gericht op samenwerking met de andere disciplines die om tafel zitten. Vanuit het netwerk VSO hebben we een database met namen van leden die we altijd kunnen benaderen. Mensen die interesse hebben kunnen ons mailen.”

VeSPA

Hillebrand zet zich binnen haar eigen ziekenhuis ook buiten palliatieve zorg in. “Ik ben lid van de adviesraad VeSPA. In deze adviesraad zijn de verpleegkundig specialisten en physician assistants van ons ziekenhuis vertegenwoordigd. Deze adviesraad zit aan tafel bij verschillende geledingen in het ziekenhuis. Zo hebben we regelmatig overleg met het management. Het hoort ook bij onze professionalisering als beroepsgroep. We hebben ons op beroepsinhoud doorontwikkeld, waardoor we nu ook een belangrijke stem in de organisatie hebben.”

PsyPal+

Verder is Hillebrand actief binnen PsyPal+, een landelijk netwerk voor palliatieve zorg bij mensen die kampen met een verslaving of een ernstige psychiatrische aandoening. PsyPal+ ondersteunt zorgverleners die te maken krijgen met patiënten met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek met een ongeneeslijke aandoening.

“Ik neem op persoonlijke titel deel aan het bestuur van dit netwerk. Daarin zitten onder meer verpleegkundig specialisten GGZ en psychiaters. Dit netwerk richt zich bijvoorbeeld op wetenschappelijk onderzoek en scholing over dit thema, maar ook op een stuk maatschappelijke bewustwording rond het belang van goede palliatieve zorg voor deze specifieke doelgroepen.”

Zingeving

Zingeving noemt Hillebrand een belangrijke drijfveer bij haar werk. “Ik word enthousiast van het gevoel dat je echt iets betekent voor patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Zorg is veel breder dan alleen het medische stuk, op sociaal gebied kunnen we zoveel voor mensen betekenen. Daarnaast vind ik het geven van scholing ontzettend leuk. Dat doe ik binnen het ziekenhuis aan verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en artsen en ook binnen de eerste lijn aan verpleegkundig specialisten, physician assistants, huisartsen en thuiszorgorganisaties. De kernboodschap die ik meegeef is: het is niet eng om over de laatste levensfase en het sterven zelf te praten. We zijn al gauw bang om iets te raken wat een ander verdriet doet. Maar de ervaring leert dat patiënten juist op jou als zorgverlener zitten te wachten. Ze verwachten dat je daarover het gesprek opent. Belangrijk is om zowel de patiënten als de naasten te steunen. De naasten moeten na het sterven weer verder kunnen. Samenwerking is heel belangrijk rond palliatieve zorg. Met de zorgverleners, maar vooral ook de naasten. Wegens de vergrijzing in de zorg en de toenemende personeelskrapte, ook in de thuiszorg, worden zij steeds belangrijker.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist





App biedt handige *bedside* informatie over medicatie in de palliatieve zorg

De PalliArts-app is vorig jaar vernieuwd en biedt nog meer direct beschikbare informatie die zorgverleners kunnen benutten bij palliatieve patiënten. Zo is het geneesmiddelformularium in de app nog beter doorzoekbaar gemaakt en zijn de appmakers een samenwerking aangegaan met apothekersorganisatie Stichting Health Base, zo vertellen prof. dr. Marieke van den Beuken-van Everdingen, hoogleraar Palliatieve zorg aan het Maastricht UMC+, en ziekenhuisapotheker drs. Veronique Hilhorst, ook werkzaam in het Maastricht UMC+. Door de samenwerking met Stichting Health Base blijft de geneesmiddelinformatie zeer actueel.

De PalliArts-app is in 2016 uitgekomen op initiatief van Palliatief Netwerk Zuidoost-Brabant, onder meer om de richtlijnen overzichtelijk te presenteren. Onderdeel van deze app is een geneesmiddelformularium, dat is ontwikkeld onder leiding van Marieke van den Beuken-van Everdingen en Veronique Hilhorst, beiden werkzaam in het Maastricht UMC+. “Aanvankelijk was dit een papieren formularium. Dit werd in de jaren negentig ontwikkeld als antwoord op de vraag naar geneesmiddelinformatie die direct aan bed beschikbaar was”, vertelt Hilhorst. “Een papieren formularium werd op een gegeven moment ouderwets en toen hebben we na goed overleg met de uitgever gevraagd aan PalliArts of we konden aansluiten bij de app. In 2024 is de app vernieuwd en een belangrijke wijziging daarbij is dat de doorzoekbaarheid van het geneesmiddelformularium is verbeterd. Nieuw is ook de samenwerking met apothekersorganisatie Stichting Health Base in Houten. Daardoor kunnen we de geneesmiddelinformatie continu up-to-date houden”, zegt Van den Beuken.

Ideaal

De PalliArts-app – ontwikkeld en vernieuwd door Palliatieve Zorg Nederland in samenwerking met Integraal Kankercentrum Nederland – ondersteunt zorgverleners bij het verlenen van palliatieve zorg, die is afgestemd op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten. De app is zo ingericht dat informatie snel en makkelijk is te vinden, zodat deze direct ‘aan het bed’ kan worden geraadpleegd en is daarmee ook ideaal voor verpleegkundig specialisten in de palliatieve zorg. De app geeft bijvoorbeeld, in sommige regio’s, een overzicht van het aantal beschikbare hospicebedden.



▲ VERONIQUE HILHORST



FOTO PICTUREPEOPLE

Van den Beuken:
 “Door de samenwerking met apothekersorganisatie Stichting Health Base kunnen we de geneesmiddelinformatie continu up-to-date houden”

▲ MARIEKE VAN DEN BEUKEN

Hilhorst: “De app bevat tabellen voor opioïdrotatie en het omzetten van benzodiazepines naar equivalente doseringen van diazepam, wat helpt bij het afbouwen van benzodiazepines”

Verder biedt de app onder meer samenvattingen van de richtlijnen palliatieve zorg, het palliatief formularium met een overzicht van alle medicatie uit de richtlijnen met informatie over toedieningsvormen, doseringen, bijwerkingen en interacties.

Tabellen

“In het formularium in PalliArts beperken we ons tot alleen de geneesmiddelinformatie die relevant is voor de palliatieve fase. Heeft een geneesmiddel tientallen interacties, dan noemen we alleen die interacties die redelijkerwijs kunnen optreden in de palliatieve setting. Dat geldt ook voor bijwerkingen, waarvan we alleen de voor de palliatieve fase relevante vermelden”, zegt Hilhorst. Ze wijst verpleegkundig specialisten graag nog op een handige functie van de app. “Deze bevat tabellen voor opioïdrotatie en het omzetten van benzodiazepines naar equivalente doseringen van diazepam, wat helpt bij het afbouwen van benzodiazepines. Ook bevat het formularium informatie over welke tabletten en capsules verpulverd of opengemaakt kunnen worden en welke via een sonde toegediend kunnen worden.”

Updates

Verder is de app flexibel voor het meenemen van updates vanuit de praktijk, vertelt Hilhorst tot slot. “Een voorbeeld is de behandeling van persisterende hik met subcutaan toegediend baclofen. Daar is weinig literatuur over, maar hier in Maastricht hebben wij er wel ervaring mee. Dergelijke ervaringen kunnen makkelijk worden opgenomen in de app.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Meer informatie over de app is te vinden via: iknl.nl/nieuws/2024/palliarts



Zie naasten ook als zorgontvanger

Naasten spelen een belangrijke rol bij patiënten in de palliatieve fase. Belangrijk is volgens onderzoeker Hinke Hoffstädt, MSc (Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden) dat verpleegkundig specialisten en andere zorgverleners niet alleen oog hebben voor de patiënt zelf, maar ook voor hun naasten. Hoffstädt deed hiernaar onderzoek en werkte mee aan de implementatie en evaluatie van een interventie die zorgverleners helpt bij het beter ondersteunen van de naasten.

Hinke Hoffstädt heeft een achtergrond in medische psychologie en raakte als onderzoeker betrokken bij het ZonMw-gefinancierde project 'Oog voor naasten en nabestaanden (ON2)', uitgevoerd door het Expertisecentrum Palliatieve Zorg in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Initiatiefnemers hiervan waren prof. dr. Yvette van der Linden, dr. ir. Jenny van der Steen – afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde LUMC – en projectleider Marcella Tam. “Ik werk sinds 2021 aan dit project, dat in 2024 afliep. In het kader daarvan deed ik diverse onderzoeken, gerelateerd aan de zorg voor naasten, waarop ik in 2026 verwacht te promoveren. Binnen dit project hebben we een interventie om de zorg voor naasten te verbeteren geïmplementeerd in zorgorganisaties”, vertelt Hoffstädt.

Kernbehoeften

ON2 is gericht op zorg voor de naasten tijdens de palliatieve fase én na het overlijden, vertelt Hoffstädt. “Met verschillende onderzoeken hebben we onder andere gepeild aan welke ondersteuning van zorgverleners ze behoefte hebben. Uit een interviewstudie met ongeveer zestig naasten en nabestaanden kwamen drie kernbehoeften naar voren:

- 1) Naasten willen zich gezien voelen door zorgverleners;
- 2) Naasten moeten vertrouwen kunnen hebben dat hun dierbare persoonsgerichte zorg van hoge kwaliteit ontvangt;
- 3) Naasten hebben behoefte aan houvast. Hun wereld staat op zijn kop op het moment dat een levensbedreigende ziekte wordt geconstateerd bij de patiënt. Het is belangrijk dat ze weten waar ze dan ondersteuning kunnen krijgen en informatie kunnen vinden.”

Verskillende rollen

Belangrijk is dat zorgverleners zich steeds bewust zijn van de hulpbehoefte bij naasten in hun verschillende rollen, stelt Hoffstädt. “Patiënten en naasten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, maar bewandelen wel hun eigen traject, met hun eigen zorgen, vragen, wensen en behoeften. Zie patiënten en naasten daarom als twee losse entiteiten. Stel open vragen aan naasten in hun rol als zorgvrager en spreek hen ook los van de patiënt. Verder is het belangrijk om de naasten ook te erkennen in hun rol als zorggever en hen echt als samenwerkingspartner in de zorg voor de patiënt te zien. Een naaste is dé expert over wie de patiënt precies is en wat diens behoeften zijn. Tot slot zijn naasten ook nog steeds de partner, het kind of de vriend van de patiënt. Het is belangrijk dat er genoeg ruimte is voor patiënten en naasten om zich ook op die manier verbonden te blijven voelen tijdens het ziekteproces. Als je oog hebt voor die verschillende rollen, is dat van grote betekenis voor de patiënt en de naasten.”

Steeds belangrijker

De rol van naasten bij palliatieve zorg wordt steeds belangrijker, aldus Hoffstädt. “We hebben te maken met dubbele vergrijzing en

“Stel open vragen aan naasten in hun rol als zorgvrager en spreek hen ook los van de patiënt”

“Patiënten en naasten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden”



▲ HINKE HOFFSTÄDT

ouderen die steeds langer thuis wonen. Cruciaal is daarom dat naasten ondersteuning krijgen in hun rol als zorggever. Tegelijk moeten zorgverleners hen niet alleen zien als zorgpartner, maar ook als zorgvräger. Nu hebben zorgverleners zeker wel oog voor de behoeften van naasten en zullen ze zeker ook eens vragen hoe het met hen gaat. Maar oog voor naasten is niet structureel ingebed in de zorg, het is nog te veel ad hoc; het hangt af van de individuele zorgverlener hoeveel ruimte hiervoor is. Verder van belang is dat naasten ook na het overlijden nog ondersteuning ontvangen van de zorgverleners die betrokken zijn geweest tijdens het ziekte-traject. De ene naaste zal meer behoefte hieraan hebben dan de andere, maar we hebben gemerkt dat er na een intensief zorgtraject vóór het overlijden, daarna vaak een gat valt. Verder hangt het welzijn van patiënten en naasten met elkaar samen. Door goed voor naasten te zorgen, zorg je indirect dus ook voor de patiënt.”

Interventie

Op grond van onderzoek ontwikkelde het projectteam van ON2 een interventie om de zorg voor naasten op het niveau van de organisatie in te bedden. Daardoor wordt zowel tijdens de palliatieve fase als na het overlijden de zorg voor de naasten beter gegarandeerd, zegt Hoffstädt. “Deze interventie bestaat uit een verbetertraject dat een intern projectteam uitvoert binnen een zorgorganisatie. Kern van het verbetertraject is een workshop waarin verbeterpunten rond de zorg voor naasten aan het licht worden gebracht. Deze workshop, ‘De reis van de naasten’, is gebaseerd op de *patient journey mapping*-methode. Tijdens de workshop reflecteren zorgverleners op hun huidige werkwijzen rond zorg voor naasten gedurende het ziekte-traject en na het overlijden van de patiënt. Aan welke behoeften wordt al voldaan binnen de organisatie, en wat kan er nog beter? Daaruit volgt een actieplan op maat met concrete doelen, passend

bij de context van de organisatie. Het projectteam implementeert dit gedurende een jaar, met tussentijdse evaluatiemomenten. Voorbeelden van doelen waar organisaties aan werkten zijn verbetering van het signaleren van de behoeften van naasten, van de informatievoorziening en van de zorg na het overlijden."

Tijdwinst

Hoffstädt vertelt dat aan het onderzoeksproject negentien verschillende zorgorganisaties hebben meegedaan. "Alle organisaties gaven aan dat ze veel aan dit project hadden en mooie doelen hebben gesteld. We zagen in een voor/na-vragenlijstonderzoek ook dat zorgverleners meer zorg voor naasten uitvoerden na de interventie dan ervoor en dat zij hun eigen geleverde zorg positiever beoordeelde na afloop van de interventie. Kwalitatieve data toonden dat door de interventie zorgverleners veel meer het belang inzien van zorg voor naasten. De interventie is vrij beschikbaar voor organisaties die hiermee ook aan de slag willen. Hopelijk wordt dit project landelijk ingevoerd. Uiteraard horen we ook weleens geluiden van: 'moet dit er ook nog bij?'. De zorg voor naasten hoeft echter weinig tijd te

"Check regelmatig in bij de naasten: 'hoe gaat het nu?'"

kosten. Het zit juist in de kleine dingen. Check regelmatig in bij de naasten: 'hoe gaat het nu?' Het kan zelfs tijdwinst opleveren. Soms is een enkele belangstellende vraag ook voldoende voor naasten om zich gezien te voelen en ruimte te voelen om hun vragen te stellen. Zorgverleners hoeven ook niet alles zelf op te lossen. Als ze maar oog hebben voor naasten, hun behoeften signaleren en weten naar wie ze hen kunnen doorverwijzen als er meer ondersteuning nodig is." | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

De interventie is nu landelijk beschikbaar en wordt verspreid vanuit Propallia. Meer informatie over de interventie en informatiefolders toegesonden op zorgverleners, managers en naasten is te vinden via www.oogvoornaasten.nl



#Rentegenkanker

KWF

Waar ren jij mee?
Ga naar rentegenkanker.nl

Verkorte productinformatie Calquence® 100 mg filmomhulde tabletten (juli 2025 II)

Farmacologische vorm en samenstelling: Elke filmomhulde tablet bevat 100 mg acalabrutinib (als acalabrutinib maleaat).
Farmacotherapeutische categorie: Antineoplastische middelen, proteïnekinasremmer. **ATC-code:** L01LE02. **Indicatie:** 1) monotherapie of i.c.m. obinutuzumab voor de behandeling van volwassen patiënten met niet eerder behandelde Chronische Lymfatische Leukemie (CLL); 2) i.c.m. venetoclax, met of zonder obinutuzumab, voor de behandeling van volwassen patiënten met niet eerder behandelde CLL; 3) monotherapie voor de behandeling van volwassen patiënten met CLL die ten minste één andere therapie hebben gehad; 4) in combinatie met bendamustine en rituximab (BR) voor de behandeling van volwassen patiënten met niet eerder behandelde mantelcellymfoom (MCL) die niet in aanmerking komen voor autologe stamceltransplantatie; 5) monotherapie voor de behandeling van volwassen patiënten met recidiverend of refractair MCL die niet eerder met een BTK-remmer zijn behandeld. **Dosering en wijze van toediening:** De behandeling moet worden gestart en plaatsvinden onder toezicht van een arts die ervaring heeft met antikanker medicijnen. De aanbevolen dosering is 100 mg acalabrutinib tweemaal daags, met een dosisinterval van ongeveer 12 uur. Voor de combinatietherapieën verwijzen wij u naar de productinformatie van elk geneesmiddel voor informatie over de dosering. Voor aanwijzingen over het gebruik als monotherapie of in combinatie met obinutuzumab, venetoclax of bendamustine en rituximab, evenals over de behandelduur, verwijzen wij u naar de volledige SmPC. Voor aanbevelen aanpassingen vanwege graad   3 bijwerkingen en gebruik i.c.m. CYP3A-remmers of -inductoren, raadpleeg de volledige SmPC. Calquence dient alleen aan patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (< 30 ml/min creatinineklaring) toegediend te worden als het voordeel opweegt tegen het risico. Patiënten met ernstige nierinsufficiëntie en matige leverinsufficiëntie dienen nauwlettend gemonitord te worden. Het is niet aanbevolen om Calquence te gebruiken bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. Calquence is voor oraal gebruik. De tabletten moeten in hun geheel met water doorgeslikt worden, elke dag op ongeveer hetzelfde tijdstip. De tabletten mogen niet worden gekauwd, flegma len, opgelost of gebroken. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Hemorragie: Voorzichtigheid is geboden bij antitrombotica en monitoring op tekenen van bloeding moet worden overwogen bij gelijktijdig gebruik. Overweeg baten-risicooverhouding van tijdelijk stopzetten van Calquence gedurende ten minste 3 dagen voor en na een operatie. Infecties: Stel HBV status vast voor start behandeling. Indien positief, schakel deskundige op gebied van leverziekte in voor start behandeling en monitor en behandel patiënt volgens lokale medische normen ter preventie van reactivering van HBV. Bij vermoeden PML, voer diagnostisch onderzoek uit en start behandeling alleen indien PML is uitgesloten. Overweeg prophylaxe volgens zorgstandaard bij patiënten met grotere kans op opportunistische infecties. Monitor klachten en verschijnselen van infectie en behandel op passende wijze. Cytopenie: Monitor het volledige bloedbeeld. Maligniteiten: monitor op het optreden van huidkanker en adviseer bescherming tegen zonlicht. Atriumfibrilleren: Monitor op symptomen van atriumfibrilleren/fluxer en maak ECG als dit geïndiceerd is. Indien patiënt atriumfibrilleren ontwikkelt tijdens behandeling, beoordeel risico op trombo-embolische aandoeningen. Indien hoog risico, overweeg een strak gecontroleerde behandeling met antistollingsmiddelen en alternatieven voor Calquence. Trombocytopenie (TLS): Patiënten die als risicogroep voor TLS worden beschouwd, beoordeel op mogelijk risico op TLS. Interstitiële longziekte (ILD)/pneumonitis: bij behandeling met Calquence i.c.m. bendamustine en rituximab monitor op longsymptomen die wijzen op ILD/pneumonitis. Adviseer vrouwen om zwangerschap te voorkomen tijdens gebruik van Calquence. Calquence mag niet tijdens zwangerschap worden gebruikt, tenzij medisch noodzakelijk. Geadviseerd wordt om geen borstvoeding te geven tijdens gebruik van Calquence en gedurende 2 dagen na de laatste dosis. Tijdens behandeling werden vermoeidheid en duizeligheid gemeld. Patiënten met deze symptomen moet worden aangeraden niet te rijden of machines te bedienen totdat de symptomen afnemen. **Interacties:** Dien warfarine of andere vitamine K-antagonisten niet gelijktijdig toe. Vermijd gelijktijdig gebruik van sterke CYP3A-remmers en -inductoren en sint-jankruid. Monitor patiënten met een matige CYP3A-remmer op tekenen van toxiciteit. Voorzichtigheid is geboden bij gelijktijdige toediening van orale CYP3A4-substraten met een nauw therapeutisch bereik. Orale BCRP-substraten met een nauw therapeutisch bereik dienen minimaal 6 uur vóór of na Calquence ingenomen te worden. Monitor patiënten die gelijktijdig geneesmiddelen gebruiken met MATE1-afhankelijke dispositie op symptomen van veranderde verdraagbaarheid voor de gelijktijdig toegediende medicatie. **Bijwerkingen:** **Monotherapie (afwijkende frequentie i.c.m. met obinutuzumab weergegeven tussen haakjes):** Zeer vaak (  1/10): infecties van de bovenste luchtwegen, pneumonie, sinusitis, tweede primaire maligniteit (SPM), neutropenie, anemie, trombocytopenie, hoofdpijn, duizeligheid, blauwe plekken, contusie, hemorragie/hematoom, hypertensie, diarree, misselijkheid, constipatie, buikpijn, braken, rash, musculoskeletale pijn, atralgie, vermoeidheid, hemoglobine verlaagd, absoluut aantal neutrofielen verlaagd, verlaagd aantal bloedplaatjes. Vaak (  1/100 < 1/10): urinewegsinfectie (zeer vaak), bronchitis, herpesvirusinfecties, nasofaryngitis (zeer vaak), niet-melanome huidmaligniteit, SPM behalve niet-melanome huidkanker, atriumfibrilleren/fluxer, petechiën (zeer vaak), echymosen, epistaxis, asthenie. Soms (  1/1000, < 1/100): aspergillusinfecties (niet bekend), hepatitis B-reactivatie, lymfocytose, tumorlysisyndroom (vaak), gastro-intestinale hemorragie (vaak), intracraniele hemorragie. **Enkel i.c.m. obinutuzumab:** Soms progressieve multifocale leukoencefalopathie. **Calquence i.c.m. venetoclax (afwijkende frequentie i.c.m. obinutuzumab weergegeven tussen haakjes):** Zeer vaak (  1/10): neutropenie, hoofdpijn, blauwe plekken, contusie, diarree, misselijkheid, rash, musculoskeletale pijn, atralgie, vermoeidheid, absoluut aantal neutrofielen verlaagd, verlaagd aantal bloedplaatjes, hemoglobine verlaagd. Vaak (  1/100 < 1/10): infecties van de bovenste luchtwegen, sinusitis, nasofaryngitis, urinewegsinfectie, pneumonie, bronchitis, herpesvirusinfecties, tweede primaire maligniteit (SPM), niet-melanome huidmaligniteit, SPM behalve niet-melanome huidkanker, trombocytopenie (zeer vaak), anemie, duizeligheid, petechiën, echymosen, hemorragie/hematoom, hypertensie, epistaxis, constipatie, braken, buikpijn, asthenie. Soms (  1/1000, < 1/100): tumorlysisyndroom, atriumfibrilleren/fluxer (vaak), gastro-intestinale hemorragie (niet bekend), Niet bekend: progressieve multifocale leukoencefalopathie, hepatitis B-reactivatie, aspergillusinfecties (soms), lymfocytose (soms), intracraniele hemorragie. **Calquence i.c.m. bendamustine en rituximab (BR):** Zeer vaak (  1/10): infecties van de bovenste luchtwegen, urinewegsinfectie, pneumonie, herpesvirusinfecties, tweede primaire maligniteit (SPM), niet-melanome huidmaligniteit, neutropenie, trombocytopenie, anemie, hoofdpijn, duizeligheid, blauwe plekken, contusie, hemorragie/hematoom, hypertensie, diarree, misselijkheid, constipatie, braken, buikpijn, rash, musculoskeletale pijn, atralgie, vermoeidheid, asthenie, absoluut aantal neutrofielen verlaagd, verlaagd aantal bloedplaatjes, hemoglobine verlaagd. Vaak (  1/100 < 1/10): sinusitis, nasofaryngitis, bronchitis, hepatitis B-reactivatie, SPM behalve niet-melanome huidkanker, tumorlysisyndroom, atriumfibrilleren/fluxer, petechiën, echymosen, epistaxis, pneumonitis, alanine-aminotransferase verhoogd, aspartaataminotransferase verhoogd. Soms (  1/1000, < 1/100): aspergillusinfecties, lymfocytose, gastro-intestinale hemorragie. Niet bekend: progressieve multifocale leukoencefalopathie, intracraniele hemorragie. **Afleverstatus:** U.R., voor vergoedingsstatus zie www.medicijnkosten.nl. **Uitgebreide productinformatie:** Voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de SmPC-tekst op www.astrazeneca.nl. Voor overige informatie: AstraZeneca BV, Postbus 93015, 2509 AA Den Haag. Tel. (085) 808 9900. VEEVA NL-16312/prod.07/2025

AstraZeneca

CALQUENCE
acalabrutinib 100 mg tabletten



Stimuleren van onderzoek om verpleegkundige zorg verder te verbeteren

Verpleegkundig specialisten die broeden op een idee voor een onderzoek, moeten dat vooral niet voor zichzelf houden, maar dit bespreekbaar maken binnen hun team en netwerk, stelt prof. dr. Janneke de Man-van Ginkel, die per 1 juli 2025 is benoemd als hoogleraar Verplegingswetenschap bij het Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden. “We zijn opgeleid als academische professional. Laten we daarom naar voren treden vanuit een fiere zelfbewustheid, met oog voor ieders expertise.”

Janneke de Man-van Ginkel ervaart een sterke intrinsieke motivatie om het verpleegkundig vak te verbeteren, een motivatie die ze al voelde als leerling-verpleegkundige. Ze kwam als *nurse practitioner* in het UMC Utrecht terecht, deed daarnaast een master verplegingswetenschap en kreeg de kans om promotieonderzoek te doen. “Dat was een gouden greep.” Tijdens haar promotieonderzoek bleek dit traject moeilijk te combineren met haar werk als verpleegkundig specialist. “Met pijn in mijn hart heb ik dat moeten loslaten, maar ik heb er geen spijt van gehad om vol te gaan voor onderzoek in de verplegingswetenschap. Vanaf 2022 ging ik naar het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), waar ik universitair hoofddocent werd met een *tenure track*, een loopbaantraject tot het hoogleraarschap. Sinds 1 juli 2025 ben ik benoemd als hoogleraar Verplegingswetenschap. Daar ben ik erg blij mee.”

Drie aandachtsgebieden

Haar leerstoel behelst drie aandachtsgebieden, vertelt De Man. “Als eerste is dit het opzetten van een verplegingswetenschappelijke onderzoekslijn. Het tweede is de verdere academisering van de verpleegkundige beroepsgroep binnen ons eigen ziekenhuis. En als derde wil ik het masteronderwijs binnen de verpleegkunde verder doorontwikkelen. Dat doen we vanuit landelijk perspectief. Momenteel is de enige master verplegingswetenschap in ons land te volgen bij de Universiteit Utrecht. Daarom ben ik samen met de hoogleraren Verplegingswetenschap in Utrecht, Groningen en Maastricht een initiatief gestart. Daarin zijn wij een landelijk Masterplan Masteronderwijs aan het uitwerken, ook vanuit de vraag hoe we de grote uitdagingen

op kunnen vangen waar de zorg in de komende jaren voor staat. Dat vraagt om een ambitieuze langetermijnvisie en een actieplan dat richting geeft aan de verdere ontwikkeling van universitair masteronderwijs. Daarin gaan we uit van het mooie programma dat er is en verkennen we hoe we dat verder kunnen uitbouwen. En natuurlijk willen we dat laten aansluiten op de infrastructuur die we in het LUMC voor universitair masteronderwijs hebben. Met mijn leerstoel wil ik de volle breedte van de verpleegkundige zorg verbeteren, waarbij ik me richt op de continuïteit van de zorg.”

Continuïteit van zorg

Dat roept de vraag op: wat bedoelt De Man precies met continuïteit van zorg? “In de literatuur kwam ik een interessant artikel hierover tegen. Daarin wordt dit uitgesplitst in relationele continuïteit, continuïteit van informatie en continuïteit van organisatie van de zorg. Relationele continuïteit van zorg is een van de onderwerpen die ik

“We zijn opgeleid als academische professional. Laten we daarom naar voren treden vanuit een fiere zelfbewustheid, met oog voor ieders expertise”

< JANNEKE
DE MAN-VAN GINKEL

“Het is belangrijk
om zorg, onderwijs en on-
derzoek naar alle
verschillende niveaus in de
zorg te vertalen”

onderzoek. Zo begeleid ik een onderzoek naar de relatie tussen verpleegkundigen en patiënten. In de praktijk is het vinden van een balans tussen goed contact met de patiënt enerzijds en het beperken van de belasting voor verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten een uitdaging. Als je één patiënt vijf dagen verzorgt, dan leer je iemand heel goed kennen. Dat is positief en kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorg, maar deze intensieve omgang met de patiënt kan ook té belastend worden, zo hoor ik geregeld vanuit de praktijk. Met dit onderzoek willen wij erachter komen welke redenen erachter zitten wie binnen een team een bepaalde patiënt krijgt toegewezen. We willen expliciet maken welke impliciete prioritering hierachter zit. Is een team zich ervan bewust hoe dit proces verloopt? Het in kaart brengen van alle beweegredenen die binnen een team onbewust spelen rondom patiënttoewijzing is een mooi voorbeeld van kwalitatief onderzoek. Het kan het bewustzijn hieromtrent versterken.”

Patiënt met MS

De Man herinnert zich een patiënt uit de tijd dat ze werkte als verpleegkundige. “Ik werkte op de afdeling Neurologie en we hadden een patiënte in zorg met multiple sclerose. Ze was door deze aandoening behoorlijk geïnvalideerd, maar ze had een heel systeem opgetuigd om toch de regie over haar leven te houden. Dat kwam onder meer tot uiting in een strak schema van de ADL-activiteiten. Dit schema matchte echter niet met de zorg die ze in het ziekenhuis kreeg. Verpleegkundigen liepen hierop stuk, want het was een enorme opgave om dat in te passen in de dagelijkse routine van de zorg. Een oplossing was om de zorg voor deze patiënt aan één verpleegkundige toe te wijzen, terwijl collega's zo nodig bijsprongen in de zorg aan andere patiënten.”

Bewegingsgerichte zorg

Een andere vorm van het bereiken van continuïteit van zorg is een onderzoeksproject om ADL-zorg op de verpleegafdelingen meer evidencebased te maken. “Uit dit onderzoek op de afdelingen Neurologie en Ouderengeneeskunde in drie ziekenhuizen is gebleken dat bewegingsgerichte ADL-zorg de ligduur in het ziekenhuis met ruim drie dagen vermindert.¹ Bij deze zorg worden patiënten gestimuleerd zoveel mogelijk fysiek actief deel te nemen aan ADL-activiteiten. Patiënten blijken daardoor eerder ADL-zelfstandigheid te bereiken en kunnen eerder worden ontslagen. Dit zijn we nu breder aan het implementeren.”

“Ik ben er trots op dat de verpleegkunde in tegenstelling tot andere academische professies heel breed is: alle lagen komen er in voor, van helpende tot hoogleraar”

Continuïteit inhoud zorgverlening

Naast de drie genoemde aandachtsgebieden wil De Man graag nog op een vierde punt inzetten, de continuïteit op inhoud van de zorgverlening. “Daarbij wil ik de ongewenste variatie in de wijze waarop zorg wordt verleend laten afnemen, zonder de gewenste variatie in te perken. Een voorbeeld van ongewenste variatie: een verpleegkundige laat in het kader van bewegingsgerichte zorg een patiënt zelf naar de douche lopen voor het wasmoment. Maar drie dagen later komt er een collega die zegt: ‘u heeft zo’n slechte nacht gehad, laten we u maar even op bed wassen’. Het effect van bewegingsgerichte zorg verdwijnt dan. Een gewenste variatie in deze situatie is: ‘u heeft zo’n slechte nacht gehad, laten we het wasmoment even uitstellen totdat u zich wat beter voelt’.”

Young research professional

Met deze voorbeelden illustreert De Man het belang van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek om het verpleegkundig vak te verbeteren. Verpleegkundig specialisten kunnen daaraan bijdragen en ze moeten zich vooral niet inhouden als ze een idee hebben voor een onderzoek. “Verzamel bondgenoten om je heen en kaart het aan in je team en in je netwerk. Het doen van onderzoek is een van de competenties uit het beroepsprofiel van verpleegkundig specialisten. Vaak bestaat hun onderzoek uit werkzaamheden voor een lopend onderzoek dat door anderen is opgezet. Helaas doen nog relatief weinig verpleegkundig specialisten zelf promotieonderzoek. Een belemmerende factor hierbij is de hiërarchische ongelijkheid tussen het medische en het verpleegkundige domein. Verpleegkundig specialisten moeten hier langs een zacht lijntje van fiere zelfbewustheid doorheen zien te komen. Ze moeten zichzelf profileren als academisch opgeleide professional. Het maakt daarbij niet uit of ze in een umc werken of niet. De belemmeringen zijn overal hetzelfde – tijd en geld – al zal het in academische centra iets makkelijker zijn om onderzoek op te zetten, omdat men er daar meer mee vertrouwd is. Verder is het goed om te beseffen dat de onderzoekscompetenties van een verpleegkundig specialist niet op hetzelfde niveau liggen als die van artsen. Verpleegkundig specialisten hebben in feite de competenties van een *young research professional*, maar dat wil niet zeggen dat ze geen recht van spreken hebben.”

Kracht

“Uiteraard hoeft niet iedere verpleegkundig specialist zelfstandig onderzoek te doen, al moet je wel je werkwijze kunnen toetsen aan wetenschappelijke inzichten”, zegt De Man tot slot: “Iedereen heeft zijn eigen kracht en aandachtsgebied. Ik ben er trots op dat de verpleegkunde in tegenstelling tot andere academische professies heel breed is: alle lagen komen er in voor, van helpende tot hoogleraar. Daarom is het ook belangrijk om zorg, onderwijs en onderzoek naar al die verschillende niveaus in de zorg te vertalen. Dat is de kracht van verpleegkundig specialisten.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referentie

1. Kok S, et al. Int J Nurs Stud Adv 2025;9:100401.



< FLOOR
BOLS

“Dit onderzoek laat zien dat patiënten met cachexie sterk verschillend kunnen reageren op fentanyl: bij de ene werkt het sterker en bij de ander juist minder sterk”



Fentanylpleisters kunnen worden geplakt bij patiënten met cachexie

Onder zorgverleners in de palliatieve zorg leeft breed de gedachte dat fentanylpleisters bij patiënten met cachexie niet effectief zijn. Specialist ouderengeneeskunde drs. Floor Bols dacht dat lange tijd ook, maar op grond van een recent reviewartikel constateert ze dat deze opvatting een mythe is. Ze raadt aan om fentanylpleisters bij patiënten die cachexie ontwikkelen gewoon te gebruiken in ongewijzigde dosering, eventueel aangevuld met orale of subcutane opioïden.

Floor Bols is als specialist ouderengeneeskunde al meer dan tien jaar werkzaam in een hospice. Ze werkt onder meer voor Thebe, een organisatie die wijkverpleging, specialistische zorg, thuisbegeleiding en dagbesteding in negentien gemeenten in West- en Midden-Brabant levert. Zij volgde de kaderopleiding over palliatieve zorg en is in haar regio consultant voor palliatieve zorg. Zij komt daardoor vaak patiënten met cachexie tegen.

“Ongeveer 80% van de mensen in de laatste levensfase is cachectisch. Cachexie komt voor bij patiënten met kanker, maar ook bij andere aandoeningen, zoals COPD en hartfalen. Kenmerkend is een systemische ontstekingsreactie die zorgt voor metabole ontregeling van het lichaam. De eetlust neemt af, de eiwitafbraak is versneld. Hierdoor treedt gewichtsverlies op evenals meer vermoeidheid en verlies van spierkracht. Cachexie treedt vooral op bij ondergewicht, maar kan ook voorkomen bij een normaal gewicht of zelfs overgewicht.”

Reviewartikel

Pijn komt bij deze patiënten vaak voor en een veelgebruikt middel daarbij is transdermaal toegediend fentanyl. Fentanyl is een fijn middel, bijvoorbeeld omdat het bij nierfunctiestoornissen veiliger te gebruiken is dan oxycodon en morfine. Fentanyl wordt hoofdzakelijk via de lever geëlimineerd, terwijl oxycodon en morfine voor een belangrijk deel ook via de nieren worden uitgescheiden. Verder lijkt fentanyl in de praktijk minder vaak obstipatie te geven dan de andere opioïden, al is dat wetenschappelijk nog niet aangetoond. Ondanks deze voor-

delen zijn voorschrijvers in de praktijk nogal eens terughoudend bij het voorschrijven van fentanyl aan patiënten met cachexie.

De opvatting heerst dat fentanyl bij patiënten met cachexie minder goed werkt, zegt Bols. “De gedachte hierachter is dat fentanyl een lipofiel geneesmiddel is dat vooral door het vetweefsel in de huid wordt opgenomen. Bij cachexie is de laag onderhuids vetweefsel dunner en zou fentanyl minder goed worden opgenomen. Hierdoor is het ook minder goed mogelijk om in de huid een depot van fentanyl te ontwikkelen, waardoor het korter zou werken. Lange tijd was dat ook mijn gedachte, totdat ik een reviewartikel tegenkwam van Carlini et al.¹ Deze onderzoekers publiceerden in 2024 een overzicht van alle literatuur naar fentanylgebruik bij cachexie. Hieruit blijkt dat de studies elkaar tegenspreken. De conclusie van dit reviewartikel is dat op

“Naast cachexie kunnen onder meer genetische variaties in opioïdreceptoren bijdragen aan de wisselende klinische respons op fentanyl”

“Bij patiënten die geen of onvoldoende effect van de fentanylpleisters ervaren, laat ik deze zitten en voeg ik subcutaan of oraal een andere opioïde toe, zoals oxycodon of morfine”

grond van de literatuur niet duidelijk is of de effectiviteit en verdraagbaarheid van transdermaal fentanyl verschillen tussen patiënten met en zonder cachexie.” Op grond hiervan adviseert de Nederlandse richtlijn Pijn bij kanker om de dosering van fentanyl niet aan te passen bij mensen die cachectisch zijn.²

Onderzoek

Carlini en collega's beschrijven dat de relatie tussen cachexie en de werking van fentanyl van meer factoren afhangt dan van alleen de hoeveelheid vetweefsel onder de huid. De auteurs includeerden in totaal negen studies in hun review. Vier studies rapporteerden dat cachexie de effectiviteit van transdermaal fentanyl verminderde, waardoor de plasmaconcentratie lager werd en een hogere dosering nodig was. Drie studies vonden weinig tot geen invloed van cachexie op de werking van fentanylpleisters. Twee studies wezen op een mogelijke verbetering van de uitkomsten bij cachectische patiënten. De onderzoekers geven verschillende mogelijke oorzaken aan voor de gevonden verschillen. Enerzijds kan de doordringbaarheid van de huid voor fentanyl afnemen als gevolg van systemische ontstekingsreacties en hypoalbuminemie. Dat leidt tot lagere bloedconcentraties. Anderzijds kan de bloedconcentratie juist toenemen als de lever- en nierfunctie verminderd is bij cachectische patiënten. Naast cachexie kunnen onder meer genetische variaties in opioïdreceptoren bijdragen aan de wisselende klinische respons op fentanyl.¹

Opioïdrotatie

De praktijk is nu vaak dat artsen en verpleegkundig specialisten bij mensen die fentanyl gebruiken en cachexie ontwikkelen een volledige opioïdrotatie toepassen, vertelt Bols. “In plaats van fentanyl zetten ze patiënten over op morfine of oxycodon oraal of subcutaan. Maar dit onderzoek laat zien dat patiënten met cachexie sterk verschillend kunnen reageren op fentanyl: bij de ene werkt het sterker en bij de ander juist minder sterk. Dat betekent dat je eigenlijk ook geen idee hebt naar welke equivalente opioïddosering je fentanyl moet omzetten als je besluit een volledige opioïdrotatie toe te passen.”

Pragmatische oplossing

Vanwege de onduidelijke relatie tussen het effect van fentanylpleisters en cachexie, paste Bols in de praktijk zelf al een pragmatische oplossing toe. “Ik besloot de fentanylpleisters gewoon te blijven voorschrijven bij ontwikkeling van cachexie. Op geleide van de pijnbeleving van de patiënt en het optreden van eventuele bijwerkingen, zoals obstipatie, evalueer ik het effect. Soms merk ik dat patiënten na twee dagen gebruik van de fentanylpleisters al meer doorbraakpijn ervaren. De pleisters verwissel ik dan om de twee dagen. De fabrikant geeft eigenlijk een wissel per drie dagen aan, maar daar is de patiënt in zo'n geval niet mee geholpen. Bij patiënten die geen of onvoldoende effect van de fentanylpleisters ervaren, laat ik deze zitten en voeg ik subcutaan of oraal een andere opioïde toe, zoals oxycodon of morfine. De dosering hiervan titreer ik op geleide van het effect en de eventuele bijwerkingen.”

Praktijk

Bols voelt zich in haar handelswijze gesterkt door de bevindingen van Carlini en collega's. “Hun review bewijst dat de individuele variabiliteit in het effect van fentanyl zo groot is dat je minder goede aanknopingspunten hebt voor een equivalente opioïddosering bij een opioïdrotatie. Inmiddels werken er al meer specialisten ouderengeneeskunde op deze wijze en vindt dit steeds meer ingang in de praktijk. Door hierover te publiceren op bijvoorbeeld palliaweb.nl en LinkedIn hoop ik de mythe dat fentanyl bij cachexie niet werkt, door te prikken. Het advies is om naar het individuele effect van fentanyl te kijken, het bekende *trial-and-error*-principe, en waar nodig het pijnstillend effect van fentanyl aan te vullen met opioïden via een andere toedieningsroute. Hoewel de huid een belangrijke rol speelt, is dit slechts een van de vele factoren die de werkzaamheid van transdermaal fentanyl bepalen.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Carlini A, et al. *Cancers* (Basel) 2024;16:3094.
2. Richtlijn Pijn bij patiënten met kanker. Te raadplegen via richtlijndatabase.nl/richtlijn/behandeling_van_pijn_bij_patiënten_met_kanker/beleid_en_behandeling_bij_pijn_bij_kanker.html





Vragen uit de dagelijkse praktijk vormen basis voor onderzoek

De behandeling van patiënten met borstkanker roept in de praktijk veel vragen op bij verpleegkundig specialist Oncologie Mandy van Rosmalen, MSc, (Erasmus MC, Rotterdam): “Waarom we een behandeling starten, wat de bijwerkingen kunnen zijn en hoe we die kunnen verminderen zijn belangrijke vragen die we als verpleegkundig specialist ons dagelijks moeten stellen. Daar valt nog veel aan te onderzoeken.” Met haar promotieonderzoek onder begeleiding van internist-oncoloog prof. dr. Agnes Jager hoopt ze daaraan bij te kunnen dragen.

‘Dat hoort erbij’, is wat Mandy van Rosmalen in de dagelijkse praktijk vaak moet zeggen tegen haar patiënten als het gaat om een bepaalde behandeling of bijwerkingen daarvan. Maar is dat wel zo?, vraagt ze zich dan af. “Hebben we echt geen andere behandeling, kunnen we de bijwerkingen niet verminderen, moeten we per se deze behandeling of combinatie geven?” Zo krijgen vrouwen met borstkanker die nog niet in de menopauze zitten naast tamoxifen een injectie om ze in de overgang te brengen. Maar moet je dat bij een vrouw van 48 jaar oud nog tien jaar lang blijven geven, of kun je op een bepaald moment stoppen, en wanneer dan?

Van Rosmalen: “Door de combinatie met patiëntenzorg is een promotietraject langdurig en soms best zwaar, maar als je het doel goed voor ogen houdt kom je daar wel doorheen”

“Patiënten hebben vaak veel ongemakken door de behandeling, die van invloed zijn op het dagelijks functioneren. De keuzes die we daarin maken, en de counseling die we daarbij geven, maken dat ik elk spreekuur wel denk: zit het wel echt zo?” Daarom wilde ze graag onderzoeken hoe de zorg voor patiënten met borstkanker kan worden verbeterd.

Voorspellen respons op tamoxifen

Patiënten met hormoonreceptor-positief mammacarcinoom krijgen, afhankelijk van de grootte van de tumor en lymfeklierstatus, vijf tot tien jaar lang endocriene therapie, waarvan tweeënhalf tot tien jaar tamoxifen. Deze behandeling is niet bij iedereen effectief, maar dat blijkt pas vele jaren later als de borstkanker al dan niet terugkomt. “Als je jarenlang medicijnen gebruikt die niet effectief zijn geweest, is dat niet alleen zinloos geweest, maar soms zelfs nadelig als dit met hinderlijke bijwerkingen gepaard is gegaan”, zegt Van Rosmalen. “We willen onderzoeken of we op basis van Ki67, een marker voor delende cellen, kunnen voorspellen of de endocriene therapie wel werkt. Als dat niet het geval is, kun je kiezen voor een ander geneesmiddel, in plaats van iemand jarenlang een geneesmiddel voor te schrijven dat voor die patiënt niet werkt.”

Ki67 is een ‘oude’ marker. De bepaling van het percentage Ki67-bevattende cellen in de tumor kan in elk ziekenhuislaboratorium

MANDY >
VAN ROSMALEN

< AGNES
JAGER

Van Rosmalen:
“Patiënten hebben
vaak veel ongemakken
door de behandeling,
die van invloed zijn
op het dagelijks
functioneren”

Van Rosmalen: “We kunnen op basis van het Ki67-percentage voorspellen of de endocriene therapie wel of niet gaat werken”

gedaan worden en is daardoor makkelijk te implementeren. “In het Erasmus MC bepalen we Ki67 standaard op de diagnostische bipten. Bij een Ki67 $\geq 10\%$ is de kans groter dat de antihormonale therapie niet werkzaam is en dus zou het juist bij borstkanker met dit kenmerk heel bijdragend zijn als aan het begin van de behandeling al duidelijk wordt of er met een effectief middel gestart is.”

Gevoeligheid antihormonale therapie

Binnenkort gaat een grotere studie van start in het Erasmus MC om de gevoeligheid voor tamoxifen te onderzoeken bij patiënten die een indicatie hebben om met dit middel te starten, bij wie de tumor nog in het lichaam zit en die een Ki67-percentage $>10\%$ hebben. Na drie weken behandeling met tamoxifen wordt een bipt afgenomen voor de Ki67-bepaling en vergeleken met het bipt bij diagnose. Tegelijkertijd wordt ook bloed afgenomen om de tamoxifenspiegel te bepalen. Een deel van de patiënten kan tamoxifen in de lever niet goed omzetten naar de actieve metaboliet endoxifen. “Zo kunnen we zien hoeveel tamoxifen beschikbaar was op het moment van het tweede bipt. Als er geen daling van het Ki67-percentage is en de endoxifenspiegel op dat moment wel hoog genoeg blijkt te zijn, dan is er sprake van ongevoeligheid voor tamoxifen”, zegt Van Rosmalen. “Bij deze patiënten zou je dan kunnen overstappen naar een andere behandeling, een aromataseremmer. Daarmee bespaar je patiënten een langdurige ineffectieve behandeling en eventuele bijwerkingen.”

Homologe-recombinatiedeficiëntie

Bij hormoonreceptor-positief mammacarcinoom in de gemetastaseerde setting lijkt een bepaalde afwijking, homologe-recombinatiedeficiëntie (HRD), vaker voor te komen dan tot nu toe werd gedacht. “Als dat zo is, zouden deze patiënten baat kunnen hebben bij de inzet van andere therapieën”, denkt Van Rosmalen. HRD heeft als gevolg dat dubbelstrengs DNA-breken niet goed kunnen worden gerepareerd. Tumoren met deze afwijking zijn gevoeliger voor bepaalde therapieën, zoals PARP-remmers of platinahoudende chemotherapie. Daarom onderzocht Van Rosmalen hoe vaak HRD voorkomt bij deze groep patiënten. “Helaas lukte het niet om voldoende patiënten te includeren en moesten we onze prospectieve studie eerder stoppen. Nu moeten we analyseren of dit een zinvol aantal is om iets mee te kunnen, en of een andere therapie bij hen tot betere resultaten leidt. We kunnen hier nu nog geen conclusies aan verbinden.”

Ander merk, andere bijwerkingen

In het kader van haar promotieonderzoek wil Van Rosmalen ook andere vragen die voortkomen uit de dagelijkse praktijk proberen te beantwoorden. “Bij het ontstaan van bijwerkingen lijkt het bijvoorbeeld uit te maken welk merk tamoxifen iemand krijgt. Het merk dat een patiënt krijgt is afhankelijk van de afspraken met de zorgverzekeraar, maar dat kan in de loop van de jaren wel eens wisselen. In de praktijk zien we dan dat patiënten bij het ene merk meer klachten hebben dan bij het andere merk. De vraag is of dat klopt en waardoor dat komt, en als dat zo is, of we patiënten een bepaald merk moeten voorschrijven.”

Doel voor ogen houden

De combinatie van de dagelijkse praktijk met onderzoek is hard werken, maar wel heel mooi, vindt Van Rosmalen. “Zo kun je groeien in wat je patiënten kunt bieden en waarin je ze kunt ondersteunen.” Door de combinatie met patiëntenzorg is een promotietraject langdurig en soms best zwaar. “Maar als je het doel goed voor ogen houdt, kom je daar wel doorheen. Begin gewoon met onderzoek doen, en als je daar plezier in hebt, bouw het dan verder op”, is haar advies.

“Het is fantastisch dat verpleegkundigen onderzoek doen”, vindt haar begeleider, Agnes Jager. “Uit de klinische praktijk zijn er nog zoveel vragen te beantwoorden. Je moet wel intrinsiek gemotiveerd zijn om onderzoek te doen. Het helpt enorm om dan een goed team om je heen te hebben staan.” | Dr. Astrid Danen, wetenschapsjournalistiek



PETRA >
KOK

< YVETTE
ENGELN

Engelen: “Mijn wens is dat het meer op maat wordt ontwikkeld, zodat je minder correcties hoeft uit te voeren en het ook voor het eerste consult inzetbaar wordt”



Spraakassistent geeft zorgprofessional ruimte voor patiëntgesprek zonder afleiding

De AI-tool autoscriber maakt een tekstverslag van het gesprek van de zorgprofessional met de patiënt. De professional hoeft niet te typen en de patiënt stoort zich niet aan het feit dat de professional meer naar het computerscherm kijkt dan naar hem of haar. Dr. Petra Kok, reumatoloog en *chief medical information officer* (CMIO), introduceerde autoscriber bij Reinier de Graaf Gasthuis, Delft. Verpleegkundig specialist AGZ Yvette Engelen, MSc, ervaart de voordelen van ermee werken.

Yvette Engelen werkt inmiddels al een paar jaar met autoscriber, in haar dagelijkse werk op het borstkankercentrum van Reinier de Graaf Gasthuis. “Het is een uitdaging om er mee te leren werken en er optimaal gebruik van te maken”, zegt ze. “Je werkt onder tijdsdruk, er moet veel gebeuren tijdens een consult. Door hoe wij de zorg in ons centrum hebben vormgegeven, ben ik als verpleegkundig specialist regievoerend behandelaar in het hele zorgtraject van patiënten met borstkanker, voor zowel de chirurgie als de interne oncologie. Dit betekent dat je altijd heel veel zaken hebt om met de patiënt te bespreken. Daarom ben je geneigd om volgens een bepaalde structuur te werken. Wij hebben in HiX een multidisciplinair borstkanker dossier ontwikkeld. Dit is ingericht naar standaardteksten, dus je bent gewend in die structuur te werken. En dan is het even schakelen als je gebruik gaat maken van een systeem waarin AI dingen voor je gaat ondersteunen.”

Kok: “In de twee jaar dat ik op deze manier werk, heb ik nog geen enkele ‘nee’ gekregen op de vraag of de patiënt hiermee akkoord is”

In het begin haalde ze er nog niet uit wat ze eruit wilde halen, vertelt ze. “AI moet leren van de gebruiker. Maar met de nodige aanpassingen gaat dat steeds beter. We hebben AI nog niet in gebruik bij de eerste consulten. Wel bij herhaalconsulten, omdat daar een andere, meer voor AI geschikte structuur ik zit. Je moet echt wennen aan een nieuwe manier van werken die nog niet direct optimaal functioneert. Dan kun je bij hoge werkdruk soms terugvallen op je oude werkwijze. Maar je ziet wel dat er een duidelijke leercurve in zowel het systeem als de gebruiker zit.”

Digitale transformatie

Dat autoscriber in het blikveld van Engelen kwam, is te danken aan Petra Kok, die in haar rol als *chief medical information officer* (CMIO) in het ziekenhuis de ambassadeur is voor de digitale transformatie van zorg. “Die transformatie is ingewikkeld”, vertelt zij, “dus werk ik samen met de faculteit Industrieel ontwerpen van de TU Delft om die vorm te geven. Iedere patiënt herkent dat het intypen van gegevens in de computer door de behandelaar afleidt in het contact. Onze IT-manager zag op een beurs een autoscriber. Zelf had ik daarover ook al gelezen en ik vroeg bij de ontwikkelaar een test-account aan om er tien patiëntgesprekken mee te kunnen doen. In het begin had ik mijn twijfels, moest ik toch nog mee typen? Maar ik was verbaasd over de kwaliteit van de samenvatting.”

Inmiddels gebruikt Kok autoscriber standaard in haar consulten. “Ik heb daarin nu meer aandacht voor de patiënt”, vertelt ze. “Ik luister echt en laat de computer zijn werk doen. Ik heb meer ruimte voor



Engelen: “De samenvatting van het gesprek neemt ook nog eens een deel van de administratieve last weg. Je zit echt anders in het gesprek en het scheelt mij tijd”

bewustwording van wat de ziekte met de patiënt doet. Dat is natuurlijk een enorme kwaliteitsverbetering. Patiënten vinden het prima dat de computer mij op deze manier helpt. In de twee jaar dat ik op deze manier werk, heb ik nog geen enkele ‘nee’ gekregen op de vraag of de patiënt hiermee akkoord is.”

Naar het dossier

Weliswaar moet Kok achteraf nog een correctie op de output doen, “maar de kern zit er goed in. Alleen werd ik in eerste instantie een copy/paste-dokter om de gegevens in het patiëntendossier te krijgen.” Samenwerking met ChipSoft, de EPD-leverancier van het ziekenhuis, loste dit op. “Dit was een proces van een jaar. Het proces moest zo worden ingeregeld dat alle informatie op de juiste plaats in het dossier komt.”

Nu vervult Kok haar rol als ambassadeur voor de digitale transformatie van zorg in de eerste plaats voor de medische staf. “Die vertegenwoordig ik bij de inzet van digitale hulpmiddelen”, zegt ze. “Maar als ik op basis van praktijkervaring concludeer dat een digitale innovatie meerwaarde heeft, ga ik in huis zoeken naar ambassadeurs binnen de verschillende vakgroepen. Iets waarvoor onze raad van bestuur gelukkig volop draagvlak biedt, omdat die de kwaliteit van zorg hoog in het vaandel heeft staan. Op dit moment wordt autoscriber nog op kleine schaal gebruikt in het ziekenhuis, maar het neemt snel toe. Behandelaars zien dat het ook interessant is voor de patiënt. Niet alleen tijdens het consult, maar ook als manier om de patiënt op diens eigen taalniveau het verslag thuis nog eens rustig te kunnen laten doornemen en delen met naasten.”

Echt in gesprek

Engelen was een van de ambassadeurs. “Ik zag het gebruik van autoscriber als een interessante manier om écht in gesprek te zijn met de patiënt”, vertelt ze. “Zeker omdat ik ook de *integrative medicine*-poli doe. In dat consult ga je vanuit een holistische blik met de patiënt in gesprek over hoe de gezondheid bevorderd kan worden en wat

evidence-based of veilig ondersteunend kan zijn bij klachten ten gevolge van de ziekte en behandeling. Uit onderzoek weten we dat meer dan de helft van de patiënten met kanker gebruikmaakt van complementaire zorg, naast de reguliere behandeling. Daarbij valt te denken aan voedingssupplementen, kruiden en ondersteunende therapie. Op deze poli gidsen we in wat werkzaam en veilig is en wat niet. Deze open gesprekken lenen zich heel goed voor de ondersteuning van autoscriber en de samenvatting van het gesprek neemt ook nog eens een deel van de administratieve last weg. Je zit echt anders in het gesprek en het scheelt mij tijd.”

De samenvatting van het gesprek digitaal en veilig doorsturen naar de patiënt vindt ze een interessante optie waarvan ze graag snel gebruik wil gaan maken. “Veel patiënten hebben door de diagnose en behandeling te maken met vermoeidheidsklachten en cognitieve klachten”, vertelt ze. “Op de *integrative medicine*-poli geven we patiënten vrij veel informatie en tips. Uit onze evaluatie bleek dat sommige patiënten het lastig vonden om alles goed te onthouden. Met die doorstuurfunctie geeft AI dus precies het antwoord op wat de patiënt wenst.”

Verbetermogelijkheden

Beiden zien nog mogelijkheden voor verbetering in de toepassing van autoscriber. “Mijn wens is dat het meer op maat wordt ontwikkeld, zodat je minder correcties hoeft uit te voeren en het ook voor het eerste consult inzetbaar wordt”, zegt Engelen. “Dat punt komt vanzelf, door ermee te werken en door de ervaringen terug te koppelen aan de werkgroep die zich met de implementatie bezighoudt. Ik geloof beslist in de meerwaarde van deze manier van werken. Het komt tegemoet aan onze wensen én aan die van de patiënt.”

Niet meer te hoeven corrigeren is ook de wens van Kok. “Op de langere termijn hoop ik dat we in de zorg steeds meer op de achtergrond door technologie worden ondersteund”, zegt ze, “zodat we minder administratieve last in ons werk hebben.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist



Een PET-scan is allang niet meer gewoon een PET-scan

Iedere verpleegkundig specialist weet wat er bij een FDG-PET-scan komt kijken, zoals zes uur nuchter zijn, geen glucose of insuline toedienen, na injectie van FDG een uur wachten tot de scan. Maar nieuwe tracers en toepassingsgebieden en vooral de opkomst van theranostics maken het vakgebied van de nucleaire geneeskunde complexer én tegelijk ook waardevoller. “We zitten in een snelle groeifase”, aldus nucleair geneeskundige prof. dr. Lioe-Fee de Geus-Oei (Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden).

Theranostics is booming, maar wat houdt het eigenlijk in? Het woord is een samentrekking van *therapy* en *diagnostics*. Dezelfde tracer wordt gebruikt om eerst een ziekte op te sporen en die daarna te behandelen. Eerst krijgt een patiënt een zwak radioactieve tracer toegediend die bindt aan een specifiek doelwit, bijvoorbeeld een receptor op tumorcellen. Een PET-scan laat zien waar zich tumorweefsel bevindt dat de stof goed opneemt. Als dit onderzoek goed uitpakt, krijgt de patiënt later dezelfde tracer, maar dan gekoppeld aan een sterker radioactief deeltje zoals lutetium-177 of actinium-225, dat de tumorcellen kan doden. “Je ziet dus precies wát je gaat behandelen en kunt met de radionuclidetherapie heel gericht straling afgeven”, legt Lioe-Fee de Geus-Oei uit. “Dat is een enorme stap voorwaarts.”

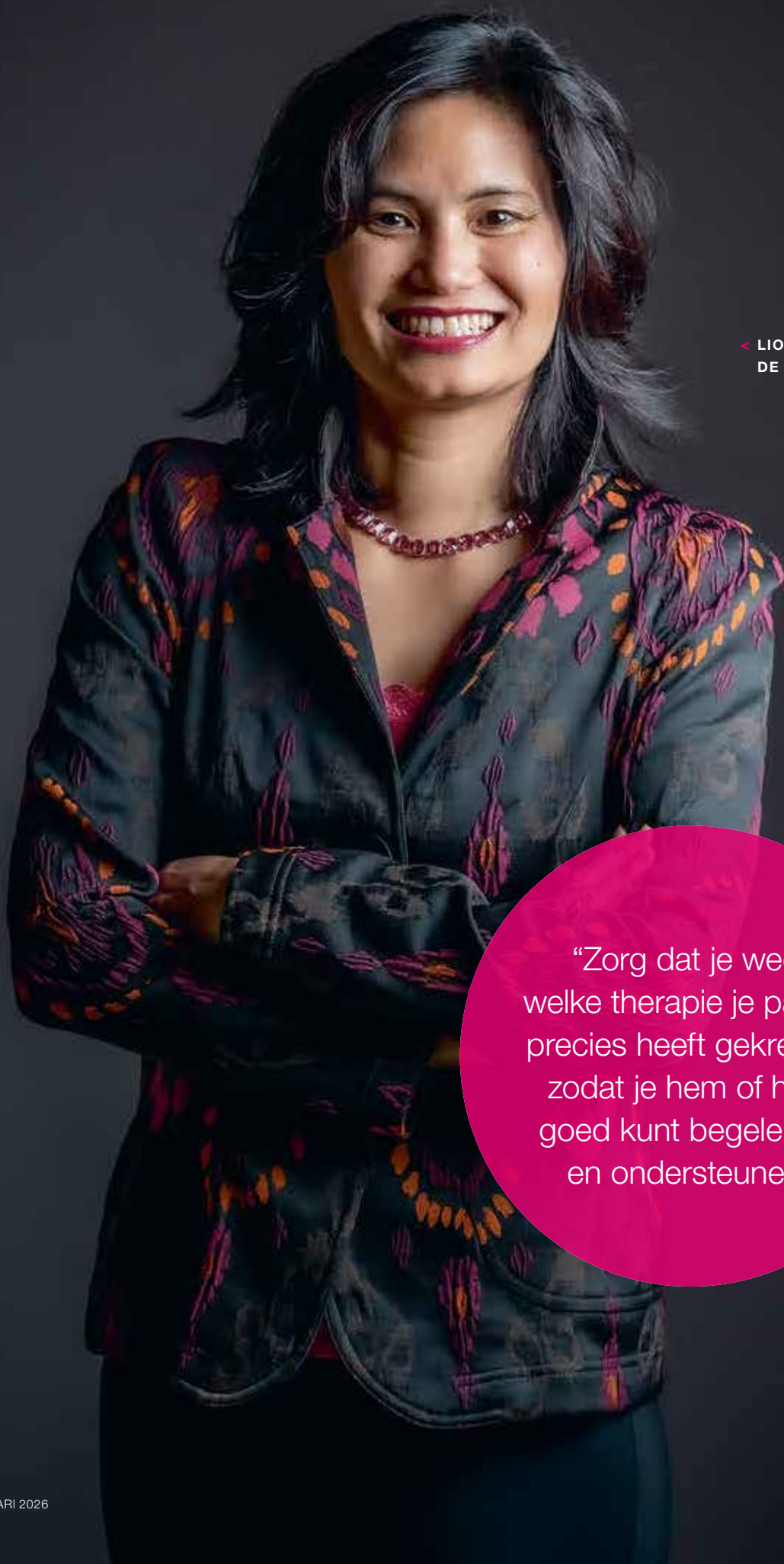
Reguliere zorg

Sommige theranostics behoren inmiddels al tot de reguliere zorg. Lutathera®, dat zich bindt aan de somatostatinerceptoren op tumorcellen, wordt toegepast bij neuro-endocriene tumoren. Lutetium-177-PSMA is een optie bij gemetastaseerde prostaatkanker. Radium-223-chloride wordt gebruikt bij patiënten met prostaatkanker met botmetastasen. “Maar dit is pas het begin”, merkt De Geus-Oei op. “In de komende vijftien jaar verwachten we een veelvoud aan nieuwe radiofarmaca.” Die snelle groei heeft overigens ook een keerzijde: er is nu al een tekort aan goed opgeleid personeel, van nucleair geneeskundigen tot analisten en laboranten.

Nieuwe radiofarmaca

De PET-scanner is dus niet meer het exclusieve domein van FDG. “De nieuwe radiofarmaca zijn steeds meer *targeted drugs*”, legt De Geus-Oei uit, “moleculen die heel precies binden aan een receptor of eiwit. Vaak betreft het een peptide, antilichaam of klein molecuul.” Voor de praktijk betekent dit dat elke scan zijn eigen voorbereiding, timing en interpretatie heeft. Een FES-PET, die expressie van de oestrogeenreceptor in beeld brengt, vereist bijvoorbeeld dat middelen zoals tamoxifen of fulvestrant weken van tevoren worden gestopt. En bij zirkonium-89-trastuzumab-PET, gebruikt bij HER-2-positieve borstkanker, liggen de toediening en de scan drie tot vier dagen uit elkaar. “Dat vraagt om een heel andere logistiek”, zegt De Geus-Oei. “Patiënten krijgen uiteraard alle informatie van tevoren thuisgestuurd.

“Patiënten krijgen uiteraard alle informatie van tevoren thuisgestuurd. Maar als een patiënt opgenomen is, ligt de verantwoordelijkheid vaak bij de verpleegkundig specialist”



< LIOE-FEE
DE GEUS-OEI

“Zorg dat je weet welke therapie je patiënt precies heeft gekregen, zodat je hem of haar goed kunt begeleiden en ondersteunen”

Maar als een patiënt opgenomen is, ligt de verantwoordelijkheid vaak bij de verpleegkundig specialist.”

Kostbare fouten

Elke tracer heeft zijn eigen spelregels voor de voorbereiding en een fout kan ertoe leiden dat een scan moet worden afgeblazen. “Dat is zó zonde”, zegt De Geus-Oei. “De tracer is speciaal voor die ene patiënt gemaakt en kan door het radioactieve verval niet bewaard blijven. Een nieuwe tracer maken kost geld en tijd, maar nog vervelender is dat een uitgestelde scan ook betekent dat de patiënt vertraging oploopt in de behandeling.” Daarom heeft elk ziekenhuis interne protocollen waarin de voorbereiding per tracer staat beschreven. “Die vind je op het intranet”, zegt ze. “Zelf check ik ook altijd even hoe het ook alweer zat. Er bestaan inmiddels zoveel tracers dat niemand alle details kan onthouden.”

Veelheid aan tracers

Een van de meest veelbelovende nieuwe tracers is FAPI, gericht tegen fibroblast-activatieproteïne. Dit eiwit komt voor in het micro-milieu van veel tumoren. FAPI lijkt bruikbaar voor beeldvorming bij onder andere borst-, long-, pancreas- en ovariumkanker. De Geus-Oei: “Er lopen enorm veel studies naar. Het zou mooi zijn als er op termijn ook een effectieve radionuclidentherapie mee gemaakt kan worden.”

Daarnaast zijn er tracers die zich richten op CXCR4, HER2 of PD-L1 en PD-1. Die laatste twee kunnen naar verwachting voorspellen welke patiënten baat hebben bij immunotherapie. Daarmee kan PET, naast vele andere toepassingen, ook bijdragen aan het voorspellen van therapierespons.

Andere bijwerkingen

Diagnostische PET-scans hebben doorgaans geen bijwerkingen, maar bij radionuclidentherapie ligt dat anders. Lutetium-177-PSMA kan bijvoorbeeld een droge mond of smaakverlies veroorzaken doordat de tracer zich ophoopt in speekselklieren. Radium-223 kan een tijdelijke opvlamming van de botpijnen geven. Vrijwel alle radionuclidentherapieën kunnen tot beenmergonderdrukking leiden.

“Verpleegkundig specialisten zijn vaak de eersten bij wie patiënten hun zorgen uiten. Dan is het fijn als je als verpleegkundig specialist weet dat een droge mond kan horen bij PSMA-therapie, of dat misserijkheid bij lutetium-177-dotataat soms komt door de aminozuren die toegediend worden om stapeling in de nieren

“Zelf check ik ook altijd even hoe het ook alweer zat. Er bestaan inmiddels zoveel tracers dat niemand alle details kan onthouden”

te voorkomen. Vaak kun je patiënten geruststellen. Maar als iemand ineens een bloedneus heeft of koorts krijgt, moet er meteen een alarmbelletje gaan rinkelen.”

Stralingshygiëne

Naast bijwerkingen verschillen ook de stralingshygiënische leefregels voor de verschillende vormen van radionuclidentherapie. Bij radium-223 ligt de nadruk op het omgaan met ontlasting, omdat het middel via de feces het lichaam verlaat. Maar bij PSMA-therapie straalt de patiënt zelf iets meer straling uit en moet daarom de eerste drie dagen na de behandeling afstand houden, met name van jonge kinderen en zwangere vrouwen. De patiënt wordt ook geadviseerd om gedurende die dagen geen of slechts korte ritten met het openbaar vervoer te maken. En bij PSMA-therapie verlaat de radioactiviteit het lichaam vooral via de urine. Daarom krijgen patiënten het advies om, indien mogelijk, thuis een apart toilet te gebruiken. “Ook deze informatie is te vinden in de online protocollen”, zegt De Geus-Oei. “Mijn belangrijkste boodschap is dus: zorg dat je weet welke therapie je patiënt precies heeft gekregen, zodat je hem of haar goed kunt begeleiden en ondersteunen.” | Dr. Diana de Veld, wetenschapsjournalist





◀ IRIS
MIMPEN

“Ongeveer 98%
van alle lichaams-
bacteriën bevindt zich
in onze darmen”



Signaalstoffen in microbioom beïnvloeden respons op immunotherapie

Signaalstoffen, afgescheiden door bacteriën in de darm, kunnen deels verklaren waarom de ene patiënt met kanker wel goed reageert op immunotherapie en de andere niet. Welke signaalstoffen de overhand hebben, kan per patiënt verschillen. Dat blijkt uit onderzoek dat promovendus Iris Mimpfen, MSc, heeft gedaan binnen de onderzoeksgroep van prof. dr. Emile Voest in het Nederlands Kanker Instituut, horend bij het Antoni van Leeuwenhoek te Amsterdam.

Met haar onderzoek wil Iris Mimpfen bijdragen aan het beter begrijpen waarom immunotherapie bij de ene patiënt wel goede resultaten geeft en bij de andere niet. Uit eerder onderzoek is al gebleken dat de samenstelling van het microbioom in de darmen samenhangt met de respons op immunotherapie. Nog eerder was al bekend dat de samenstelling van het microbioom het immuunsysteem zélf direct beïnvloedt. Maar het is volgens Mimpfen ondoenlijk om een duidelijk verband te vinden tussen welke typen bacteriën de overhand hebben in de darmen en het effect van immunotherapie.

“In de darmen bevinden zich onnoemelijk veel bacteriën. Het totale gewicht hiervan is ongeveer twee kilo. Ongeveer 98% van alle lichaamsbacteriën bevindt zich in onze darmen”, vertelt Mimpfen, die is opgeleid als biomedisch wetenschapper. Patronen in bacteriesamenstelling kunnen daardoor tussen verschillende personen heel sterk uiteenlopen en het is lastig om dat te correleren aan een respons op een immunotherapie. Daarom gingen Mimpfen en haar collega-onderzoekers gericht op zoek naar bepaalde signaalstoffen – ofwel metabolieten – die bacteriën met zijn alle uitscheiden, die niet zozeer kenmerkend zijn voor één bepaald type darmbacterie, maar die wel onderscheidend zijn voor patiënten en samenhangen met de respons op immunotherapie. Een studie hierover publiceerde zij recentelijk in *Cancer Discovery*.¹

Metabolieten in microbioom

Het microbioom in de darm produceert een grote diversiteit aan metabolieten die zowel het lokale als het systemische immuunsysteem

reguleren, zo stelt Mimpfen. In de introductie van haar onderzoek beschrijft ze er een aantal. Zo zijn metabolieten als inosine, dat antitumorimmunitet door activerende T-helpercellen bevordert, geassocieerd met een respons op immunotherapie. Een ander voorbeeld is trimethylamine N-oxide, dat door macrofaagactivering een adaptieve immuunrespons opwekt en zo de effectiviteit van immunotherapie een boost geeft. Verder kunnen diverse andere tumorinfiltrerende immuunceltypen – waaronder gamma-delta-T-cellen, *mucosal associated* invariante T (MAIT)-cellen en *natural killer*-T-cellen worden geactiveerd door metabolieten uit het microbioom. Er blijkt een belangrijk, maar ook complex verband te bestaan tussen de metabole activiteit van het microbioom en het immuunsysteem.¹

Patronen

Om de complexiteit van dit verband wat te omzeilen, besloten de onderzoekers om niet te kijken naar de relatie tussen afzonderlijke bacteriën en de immuunrespons, maar om meer op functioneel niveau

“Metabolieten zijn onderscheidend voor patiënten en hangen samen met de respons op immunotherapie”

“Ik wil graag te weten komen of patiënten beter reageren op immunotherapie als ze bepaalde signaalstoffen of bacteriën toegediend krijgen”

te kijken naar het microbioom: welke metabolieten hangen vooral samen met de immuunrespons en is hierin een patroon te ontdekken binnen grotere groepen patiënten? “We verzamelden daarom data van vijf al gepubliceerde studies van 781 patiënten met melanoom, niercelkanker en kleincellig longcarcinoom, waarin aan de hand van samples uit de ontlasting een patroon van metabole signaalstoffen was geanalyseerd. Ook keken we welke immuunresponsen samenhangen met patronen van bepaalde metabolieten. Daarnaast verzamelden we de ontlasting van 147 patiënten met gevorderde tumoren uit de DRUP-studie om prospectief een relatie tussen patronen in darmmetabolisme en de respons op immunotherapie te kunnen vaststellen.² De patiënten die wij onderzochten werden behandeld met anti-PD-1-remming voor onder meer een bepaald type colorectale tumoren.”

HMBPP en riboflavine

De onderzoekers analyseerden vervolgens de gegevens en ontdekten twee opvallende patronen, die consistent in de brede onderzoekspopulatie werden teruggezien in relatie tot de respons op immuun-checkpointremmers. “Patiënten bij wie de darmbacteriën de metaboliet HMBPP – hydroxy-3-methyl-but-2-enyl pyrofosfaat – in hogere mate produceren, hebben een betere respons op anti-PD-1-remming. Deze patiënten bleken beter in staat om bepaalde immuuncellen, zoals gamma-delta T-cellen, te activeren.

Aan de andere kant: bij patiënten met resistentie tegen deze immunotherapie bleek dat darmbacteriën een grotere hoeveelheid riboflavine aanmaakten. Dit stimuleert de activering van MAIT-cellen, waardoor de productie van CD4+ T-immuuncellen wordt afgeremd, wat resistentie in de hand werkt.” Verder bleek uit het onderzoek dat bij patiënten met grote hoeveelheden MAIT-cellen in de tumor, een hogere aanmaak van riboflavine geassocieerd is met een significant kortere progressievrije en algehele overleving in vergelijking met patiënten met bij wie darmbacteriën minder riboflavine produceren. Bij patiënten met lage hoeveelheden MAIT-cellen in de tumor bleken deze uitkomsten niet samen te hangen met het niveau van riboflavine.¹

Belangrijke relatie

Dit onderzoek toont volgens Mimpfen dat er een belangrijke relatie is tussen de respons op immunotherapie en welke signaalstoffen de overhand hebben in het darmmicrobiom. Het is nu te vroeg om

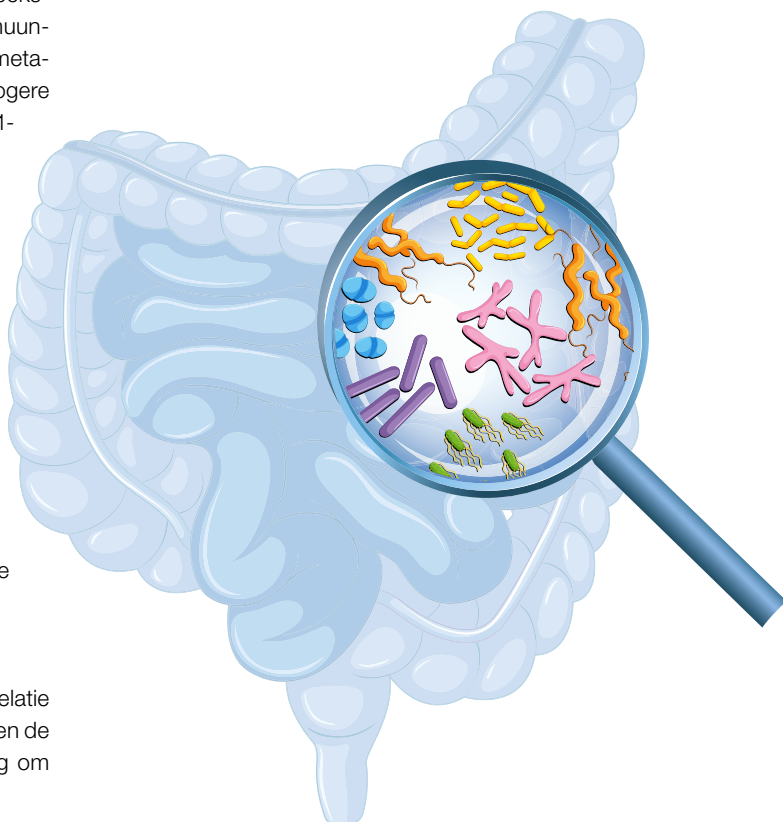
daaruit consequenties te trekken over de behandeling en de relatie tussen kanker en de functie van het microbiom. Er staan nog veel vragen open, aldus Mimpfen. “Bijvoorbeeld: hebben patiënten met een verhoogde productie van bepaalde signaalstoffen een verhoogd risico op kanker? Of is het hebben van kanker van invloed op deze signaalstoffen? Verder wil ik graag te weten komen of patiënten beter reageren op immunotherapie als ze bepaalde signaalstoffen of bacteriën toegediend krijgen, bijvoorbeeld in de vorm van probiotica. Kortom, er is nog veel vervolgonderzoek nodig.”

Emotionele kant

Mimpfen verwacht in de loop van 2026 te promoveren op onder meer het besproken onderzoek. Tot slot benadrukt ze graag de support die ze bij haar onderzoek krijgt van het onderzoeksteam – artsen, laboratoriumonderzoekers, statistici en data-analisten – onder leiding van prof. dr. Emile Voest, hoogleraar Medische oncologie. “En er zit ook een emotionele kant aan de publicatie die we in dit interview bespreken. Bio-informaticaspecialist Tom Battaglia leverde hieraan als gedeeld eerste auteur een zeer belangrijke bijdrage. Helaas kreeg hij kanker en is hij in 2025 overleden. Het voelt daarom onwerkelijk om dit onderzoek nu te delen met de buitenwereld. Maar door zijn overlijden besef ik weer extra goed waarom ik dit werk doe.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Mimpfen IL, et al. Cancer Discov 2025 Sep 25. doi: 10.1158/2159-8290.CD-24-1669.
2. DRUP, the Drug Rediscovery Protocol. Te raadplegen via www.drupstudy.nl





Dermatologische problematiek bij oncologische behandelingen

Het therapeutisch arsenaal van de internist-oncoloog is in de afgelopen jaren behoorlijk uitgebreid. Nieuwere oncologische behandelingen zoals doelgerichte en immunotherapieën bieden patiënten met kanker betere perspectieven, maar gaan ook gepaard met een toename van dermatologische problematiek. Drs. Tristan Bruijn, dermatoloog i.o. aan het Amsterdam UMC en promovendus bij Amsterdam UMC en Antoni van Leeuwenhoek, bestudeert in het kader van zijn promotieonderzoek diverse aspecten rondom huidtoxiciteit bij oncologische behandelingen en heeft samen met dermatoloog dr. Yannick Elshot een huidtoxiciteit-spreekuur in het Antoni van Leeuwenhoek opgezet.

Decennialang onderzoek heeft gezorgd voor een enorme toename in de kennis van kankerimmunologie. Dit heeft een exponentiële groei teweeggebracht in de markt van nieuwe oncologische middelen. De komst van immuuncheckpointremmers in 2010 speelt een centrale rol bij de doorbraak in overlevingskansen van patiënten met verschillende hematologische en solide tumoren.^{1,2}

Dermatologische problematiek

De komst van nieuwe oncologische medicamenteuze behandelopties gaat helaas ook gepaard met diverse nieuwe bijwerkingen van de huid, haren en nagels, wat toenemend betrokkenheid van de dermatoloog vraagt. Zoals Tristan Bruijn schrijft in zijn overzichtsartikel in het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie, zijn er meer dan vijftig verschillende dermatologische bijwerkingen beschreven bij meer dan dertig kankerbehandelingen.² “En dit aantal blijft toenemen met elk nieuw middel dat op de markt komt.”

In Europa is, in navolging van de Verenigde Staten in 2006, een speciale taskforce in het leven geroepen om gezamenlijk onderzoek te doen en richtlijnen/adviezen op te zetten.³ Op deze wijze geeft de taskforce vorm aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden binnen de nieuw gedefinieerde subspecialisatie *supportive oncodermatology* en staat het dermatologen bij die met oncologische problematiek te maken krijgen.

Huidtox-spreekuur

In 2022 werd binnen het Antoni van Leeuwenhoek ook een eerste stap richting de *supportive oncodermatology* gezet, toen Bruijn Yannick Elshot bijstond bij het opzetten van een gericht huidtoxiciteit-spreek-

uur speciaal voor patiënten met dermatologische bijwerkingen van kankerbehandelingen. Bruijn: “Je ziet een wezenlijk andere patiëntenpopulatie op dit spreekuur dan in een reguliere dermatologische polikliniek. Op het ‘algemene’ dermato-oncologie spreekuur ben je voornamelijk bezig met de behandeling en controle van huidmaligniteiten, zoals melanomen, plaveisel- en basaalcelcarcinomen. Op het huidtox-spreekuur ben je voornamelijk bezig met cutane bijwerkingen door immunotherapie (ik schat zo’n 45% van de consulten), door doelgerichte therapie (ook 45%), en met cutane bijwerkingen en complexe problematiek na chemotherapie, radiotherapie of hormonale therapie in de rest van de gevallen.

Alle patiënten op het huidtox-spreekuur hebben gemetastaseerde maligniteiten en hebben daarmee andere ervaringen, verwachtingen en angsten. Om deze reden en omdat huidtoxiciteit bij systemische behandelingen meer multidisciplinaire samenwerking vraagt, plannen we op het huidtox-spreekuur 30 minuten voor een nieuwe patiënt en

“Nauwe samenwerking tussen verpleegkundig specialist, internist-oncoloog en dermatoloog is noodzakelijk voor optimale zorg en begeleiding rondom huidtoxiciteiten bij oncologische behandelingen”

“We moeten dermatologische bijwerkingen beter gaan registreren, concreter en gericht behandelen en zo meer kennis opdoen van de interacties tussen dermatologische en oncologische behandelingen”

20 minuten voor controlepatiënten. Dit is meer tijd dan nodig is voor patiënten op het algemene spreekuur. Deze tijd hebben we echt nodig, want we moeten zorgvuldige begeleiding bieden en samen met de patiënt en internist-oncoloog zoeken naar een goede balans. De oncologische behandeling móet in veel gevallen doorgaan, maar kwaliteit van leven is voor de patiënt minstens zo belangrijk. We proberen als team om de patiënt zo lang mogelijk de oncologische behandeling te kunnen laten continueren. Dit vraagt veel focus op uitleg, verwachtingsmanagement en educatie.”

Complexe dilemma's

Huidreacties komen veel voor bij checkpointremmers, legt Bruijn uit. “Ik schat dat 30-40% van de patiënten met checkpointremming huidklachten heeft, al zijn deze gelukkig over het algemeen mild tot matig van ernst (CTCAE-graad 1) en kunnen ze meestal met lokale middelen worden behandeld. Van de checkpointremmers zien we het meeste huidbijwerkingen bij de CTLA-4-remmers, dan de PD-1-remmers en dan pas bij PD-L1-remmers, waarbij opvalt dat de meeste huidproblemen optreden bij duale immunotherapie.”

Volgens Bruijn zijn er veel verschillende vormen van huidtoxiciteit, maar kennen huidbijwerkingen van checkpointremmers een specifiek (tijds)beloop. “Meestal zie je in de eerste vier maanden na de start bepaalde huidreacties optreden, zoals maculopapuleus exantheem (de klassieke huiduitslag), pruritus, vitiligo-achtige depigmentaties

of opvlammingsen van al bestaande dermatosen zoals psoriasis (zie Figuur 1). Patiënten met pre-existente psoriasis zien wij tegenwoordig al op het spreekuur voordat ze starten met checkpointremming, omdat we weten dat de psoriasis vaak in de eerste weken van gebruik weer opvlamt. Dan kun je de patiënt van tevoren goed voorbereiden hierop en een plan maken voor wanneer de psoriasis opvlamt, bijvoorbeeld door weer intensiever te smeren of al informatie te geven voor het opstarten van gerichte biologicals.”

Dermatosen die ontstaan of opvlammen na de start van een oncologische behandeling zijn complex om te behandelen. Het komt geregeld voor dat de dermatologische behandeling van invloed is op de oncologische behandeling én uitkomsten. “Dit is dan ook de meerwaarde van *supportive oncodermatology* en een gespecialiseerd spreekuur”, licht Bruijn toe. “De problematiek is complex en de behandeling ook, omdat we continu de balans opmaken tussen het belang van continueren van de oncologische behandeling en het bewaken van de kwaliteit van leven van de patiënt. We proberen zo lang mogelijk huidbijwerkingen lokaal te behandelen en goede begeleiding te geven, maar soms is er meer nodig zoals de inzet van systemische immunosuppressiva of biologicals.”

Multidisciplinaire samenwerking

Bruijn geeft aan dat goede samenwerking tussen de dermatoloog en de oncologische hoofdbehandelaar cruciaal is bij het aanpakken van huidtoxiciteiten. “Het gezamenlijke doel is om zo lang en prettig mogelijk de oncologische behandeling voort te zetten. Hiervoor is laagdrempelig overleg met de hoofdbehandelaar en verpleegkundig specialist een noodzaak. Verpleegkundig specialisten spelen een sleutelrol, aangezien zij nauw contact hebben met de patiënt en vaak uitgebreide ervaring hebben met (huid)toxiciteiten. Zij starten de behandeling van milde (CTCA-graad 1) huidtoxiciteiten veelal zelf en schrijven vaak al adequaat indifferente (geen geneesmiddel bevattende) therapieën (emollientia), antihistaminica bij jeuk of lage-klasse topische corticosteroiden voor. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is terughoudendheid met het vroegtijdig of langdurig starten van systemische corticosteroiden. Die kunnen namelijk effect hebben op de pathologische beoordeling van huidbiopsies, maar ook het



FIGUUR 1. Voorbeelden van huidbijwerkingen van checkpointremmers die in de loop van de behandeling kunnen optreden.



▲ **TRISTAN BRUIJN**

effect van immunotherapie en mogelijk de oncologische uitkomst nadelig beïnvloeden. Daarom geldt een tijdig overleg of verwijzing naar de dermatoloog bij patiënten met aanhoudende of invaliderende huidklachten of matig tot ernstige (CTCAE-graad 2-3) huidtoxiciteiten. Dermatologen beschikken over een breed therapeutisch arsenaal naast (lokaal/systemisch) corticosteroïden, waaronder UVB/(P)UVA-lichttherapie, antipruritusmedicatie (zoals antidepressiva en antipsychotica), immuunmodulerende middelen (zoals methotrexaat) of biologicals. Het vroegtijdig maken van foto's en een uniforme wijze van het beschrijven van de huidreacties helpt enorm om tijdig huidtoxiciteiten op te sporen en adequaat te behandelen. Hiervoor geven we vanuit de dermatologie met enige regelmaat onderwijs aan verpleegkundig specialisten, om zo overleg te bevorderen. In zo'n 90% van de gevallen lukt het om de immunotherapie te continueren. Goede samenwerking tussen verpleegkundig specialist, internist-oncoloog en dermatoloog is mijns inziens de hoeksteen van optimale zorg en begeleiding van huidtoxiciteiten bij oncologische behandelingen."

Toekomst oncodermatologie

"Er is al veel bekend over bijwerkingen van immunotherapie, maar omdat er steeds nieuwe immuunmodulerende behandelingen en combinaties met andere oncologische behandelingen in de praktijk

worden ingezet, lopen we steeds achter de feiten aan", zo beschrijft Bruijn de nog bestaande *unmet need* binnen het veld van de oncodermatologie. "We moeten dermatologische bijwerkingen beter gaan registreren, concreter en gericht behandelen en zo meer kennis opdoen van de interacties tussen dermatologische en oncologische behandelingen."

Bruijn zal in de komende periode zijn promotieonderzoek voortzetten, waarbij focus ligt op een aantal facetten binnen de *supportive oncodermatology*, zoals het opzetten van een dermatologisch dataregister, celonderzoek naar huidtoxiciteiten en het meewerken aan het uniformeren van de beschrijving van pathologische bevindingen in biopten van huidtoxiciteiten.

"En net als bij het mitigeren van huidtoxiciteiten bij oncologische behandelingen is ook binnen al deze onderzoeken een goede multidisciplinaire samenwerking de sleutel voor succes." | [Dr. Judith Cohen, wetenschapsjournalist](#)

Referenties

1. Falzone L, et al. Front Pharmacol 2018;9:1300.
2. Bruijn TV, et al. Ned Tijdschr Dermatol Venereol 2024;5:34-7.
3. EADV Taskforce 'Dermatology for Cancer Patients. Te raadplegen via eadv.org/about-eadv/task-forces



Goede communicatie essentieel bij medicatie die kaakbotnecrose kan bevorderen

Bisfosfonaten, denosumab en angiogeneseremmers staan erom bekend dat ze osteonecrose van de kaak kunnen bevorderen. Dat vergt oplettendheid bij oncologische patiënten die deze middelen gebruiken en tandheelkundige ingrepen ondergaan. Goede communicatie tussen oncologische en tandheelkundige zorgverleners is daarbij essentieel, zegt dr. Sarina Pichardo, mond-,kaak- en aangezichts (MKA)-chirurg in het UMC Groningen. Zij licht toe welke maatregelen nodig kunnen zijn bij oncologische patiënten die gebitsingrepen ondergaan.

Als eerste ruimt Sarina Pichardo een misverstand uit de weg. “Veel mensen, ook in de zorg, denken dat kaakbotnecrose – waarbij een stukje kaakbot is afgestorven – alleen veroorzaakt wordt door geneesmiddelen zoals bisfosfonaten, denosumab en angiogeneseremmers. De oorzaak van kaakbotnecrose komt nagenoeg altijd van buitenaf. Bij een ingreep in het gebit, zoals het trekken van een kies of het plaatsen van een implantaat kan een *porte d’entrée* ontstaan voor micro-organismen, zoals bacteriën, die vervolgens het kaakbot infecteren. Dit kan leiden tot necrose, die behandeld moet worden en vervolgens moet herstellen. En juist dit herstelproces kunnen deze geneesmiddelen verstoren: bisfosfonaten remmen het herstel van het bot, terwijl angiogeneseremmers het weer aan elkaar groeien van het zachte weefsel – het tandvlees – belemmeren.”

“Veel mensen denken dat kaakbotnecrose alleen veroorzaakt wordt door geneesmiddelen zoals bisfosfonaten en denosumab”

SARINA PICHARDO >



Onderzoek

In 2020 promoveerde Pichardo op de diagnose en behandeling van medicatiegerelateerde kaakbotnecrose. Naast het uitvoeren van MKA-chirurgische ingrepen doet ze onderzoek naar het beter begrijpen van het ontstaan van deze aandoening en welke mensen hierop vooral risico hebben. “We weten bijvoorbeeld nog niet precies hoe de genoemde geneesmiddelen het herstelproces na behandeling van kaakbotnecrose verstoren. Ook willen we nog beter in kaart brengen welke mensen precies hierop risico lopen.” Dat er nog vragen over de behandeling van kaakbotnecrose openstaan, is niet verwonderlijk, want dit verschijnsel werd pas voor het eerst in 2003 beschreven door Robert Marx, een kaakchirurg en onderzoeker aan de Universiteit van Miami.¹ Marx beschreef een aantal gevallen van blootliggend kaakbot dat moeilijk te genezen was bij mensen die intraveneus pamidroninezuur of zoledroninezuur kregen voor onder meer multipel myeloom, hypercalciëmie bij gemetastaseerde borstkanker en osteoporose. “We weten dat kaakbotnecrose vaker voorkomt bij gebruik van intraveneuze bisfosfonaten dan bij orale bisfosfonaten en vaker bij mensen met een oncologische indicatie die hoge doseringen intraveneuze bisfosfonaten gebruiken. Van de mensen die orale bisfosfonaten gebruiken bij osteoporose krijgt rond 0,05% kaakbotnecrose. Bij oncologische patiënten die intraveneuze bisfosfonaten krijgen ligt dit percentage een stuk hoger: 2 tot 7%.”

Richtlijn

Dit roept de vraag op hoe zorgverleners in de praktijk moeten omgaan met geneesmiddelen die de bothuishouding beïnvloeden en zo de behandeling en genezing van kaakbotnecrose bemoeilijken. De Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie heeft een leidraad uitgebracht voor medicatiegerelateerde osteonecrose van de kaak (MRONJ). Deze richtlijn gaat onder meer in op risicofactoren en de behandelstrategie bij mensen die bisfosfonaten, denosumab of angiogeneseremmers gebruiken. “Een verhoogd risico op kaakbotnecrose is er als iemand langer dan 24-36 maanden orale bisfosfonaten gebruikt of langer dan 6-12 maanden intraveneuze bisfosfonaten toegediend krijgt”, zegt Pichardo. Volgens de richtlijn zijn er nog meer factoren die bijdragen aan dit risico, zoals de conditie van het gebit, gelijktijdig gebruik van corticosteroïden, een combinatie van angiogeneseremmers en botafbraakremmende middelen, aandoeningen zoals anemie en diabetes, en mogelijk roken.²

Behandelstrategie

Bij mensen die bisfosfonaten, denosumab en/of angiogeneseremmers gaan gebruiken, moet voor de start van deze medicatie het gebit worden gescreend en zo nodig gesaneerd. Gebitselementen die niet te behouden zijn, moeten worden verwijderd of er moet een gebitsreiniging plaatsvinden. Dit verkleint het risico op MRONJ. “Als bisfosfonaten en denosumab al worden gebruikt en er treedt MRONJ op, dan wordt deze medicatie altijd gestaakt. In overleg met de oncologisch behandelaar kan gekozen worden om bisfosfonaten of denosumab blijvend te staken en te zoeken naar een alternatief. Bij denosumab is alertheid nodig op het reboundeffect. Binnen een half jaar na stoppen kunnen wervelinzakkingen optreden. Stoppen zonder overleg met de behandelaar is onverantwoord”, zegt Pichardo.

“Het herstelproces na een ingreep in het gebit wordt verstoord door bisfosfonaten, denosumab en angiogeneseremmers”

De leidraad beveelt herintroductie van botafbraakremmende medicatie bij voorkeur niet aan, tenzij dit strikt noodzakelijk is voor de behandeling van een maligniteit. Volgens de leidraad is er nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor een goed advies voor angiogeneseremmers.²

Spoed- versus electieve ingrepen

Praktisch gezien zijn er twee groepen patiënten te onderscheiden bij wie rekening moet worden gehouden met effecten van medicatie op de genezing van kaakbotnecrose, volgens Pichardo. “Patiënten met een spoedingreep, zoals het trekken van een ontstoken kies, en patiënten met een electieve ingreep, zoals het inbrengen van een implantaat. Bij de eerste groep kan de behandeling in de eerste lijn worden uitgevoerd als de patiënt een laag risico op MRONJ heeft, zonder staken van de genoemde medicatie en zonder antibiotica-profylaxe. Als het een direct noodzakelijke tandheelkundige behandeling betreft, zoals kiezen trekken, dan heeft tijdelijk staken geen nut vanwege de lange halfwaardetijden van deze middelen: jaren bij bisfosfonaten en minimaal een maand bij denosumab.

Bij hoog-risicopatiënten die een spoedingreep moeten ondergaan is het raadzaam dit in de tweede of derde lijn te doen, mét antibiotica-profylaxe. Bij het inbrengen van bijvoorbeeld implantaten ligt het wat genuanceerder. Vooral bij oncologische patiënten heeft beoordeling in een multidisciplinaire setting, zoals in een expertisecentrum of de derde lijn, de voorkeur. Het is belangrijk om rekening te houden met de planning van de toedientijdstippen van de medicatie, zodat het kaakbot en het weefsel de tijd krijgen om te herstellen.”

Veilig

De belangrijkste boodschap voor verpleegkundig specialisten is volgens Pichardo: “Bisfosfonaten, denosumab en angiogeneseremmers zijn veilig te gebruiken. Bij patiënten met osteoporose is het risico op kaaknecrose minder dan 1% en zeker bij een goede gebitsstatus laag. Bij patiënten met een maligniteit is dit anders en kan dit oplopen tot 5-7%, afhankelijk van de ziekte, duur van de behandeling en eventuele comedicatie. Belangrijk is dat bij het verwijderen van tanden en/of kiezen, patiënten die deze medicatie gebruiken worden doorverwezen naar een MKA-chirurg en niet naar een tandarts in de eerste lijn.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Marx RE. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:1115-7.
2. Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie. Leidraad Medicatiegerelateerde Osteonecrose van de Kaak (MRONJ). Te raadplegen via www.nvmka.nl/wp-content/uploads/2023/04/MRONJ-NVMKA-2.01.pdf

JAROM >
HEIJMANS

KAZ
GROEN

Heijmans:

“Ik zeg wel eens: onder onze verpleegkundig specialisten zitten de beste hematologen”



Zorgtechnologie beïnvloedt werk hematoloog én verpleegkundig specialist

Toepassing van zorgtechnologie maakt het mogelijk om de hematologische zorg deels op afstand te leveren, constateren internist-hematologen drs. Kaz Groen en dr. Jarom Heijmans (Amsterdam UMC). Dit heeft invloed op het werk in het ziekenhuis. En omdat de medisch specialisten en de verpleegkundig specialisten daarin als één team functioneren, geldt die invloed voor beide groepen professionals.

Kaz Groen en Jarom Heijmans zijn collega-hematologen. Maar waar Groen voor 99% werkt op de locatie De Boelelaan van Amsterdam UMC, werkt Heijmans ook een deel van zijn tijd op de interne acute afdeling van de locatie AMC. “We voeren echter regelmatig gezamenlijk overleg”, zegt Groen. “Niet alleen over de zorg, maar ook over de ontwikkelingen in het elektronisch patiëntendossier (EPD) en zorg op afstand. Bij die ontwikkelingen zijn we allebei betrokken.” “We mopperen vooral veel”, grapt Heijmans. Serieus weer: “We geven gevraagd en ongevraagd advies over de ontwikkelingen in digitalisering binnen het werk. Je kunt daar reactief in zijn, afwachten wat aan mogelijkheden wordt geboden. Maar je kunt je ook proactief opstellen door bijvoorbeeld zelf de vraag op te werpen of bepaalde zorg niet ook op afstand kan worden geboden.”

Dat dit gevolgen heeft voor hun werk is duidelijk. “Niet alleen voor dat van ons, maar ook dat van de verpleegkundig specialisten en physician assistants met wie we als team samenwerken”, zegt Heijmans. “De-

gene die visite loopt op zaal doet dit live en op locatie. Spreekuur op de polikliniek kan voor een deel digitaal en dit zal in de toekomst toenemen.” Groen: “Ik kan me voorstellen dat dan op de afdeling een andere patiëntenpopulatie overblijft, minder divers wellicht. Maar dan is juist de afwisseling in functie – zorgen op zaal of zorgen voor de patiënt op afstand – wel weer mooi.”

Het beeld keren

Het is een nuchter standpunt van beiden: de (hematologische) zorg verandert en dus verandert het werk van degenen die deze zorg bieden – zowel de medisch specialisten als de verpleegkundig specialisten en de physician assistants – mee, in dezelfde mate. “Van hematologie bestaat toch het beeld van zieke patiënten die langdurig opgenomen zijn”, stelt Heijmans. “Dat beeld proberen we een beetje te keren. Natuurlijk kan een hematologiepatiënt opgenomen moeten worden. Maar er kunnen ook hele perioden zijn waarin je alleen maar kunt afwachten of klachten wel of niet zullen optreden, en dat monitoren kunnen we ook deels op afstand doen met de patiënt thuis. Wat wij in de discussie hier in het ziekenhuis over die mogelijkheid dan onder de aandacht brengen is of wij op ons beeldscherm in het patiëntendossier de uitslag zien van de temperatuurmetingen die de patiënt thuis doet, of wanneer er een probleem is met diens medicatie-inname.”

Op dat gebied kan veel. “We kunnen bijvoorbeeld al op afstand de informatie ontvangen over bepaalde metingen die de patiënt thuis doet”, vertelt Groen. “Zoals de longfunctiemeting met de peak-flow-

Groen: “We kunnen met hybride zorg met hetzelfde aantal hematologen meer patiënten behandelen”



▲ JAROM HEIJMANS EN KAZ GROEN

Heijmans:
 “Ik vraag me
 niet zozeer af of
 er nog groei is,
 maar meer of
 er een grens is”

meter. Maar medicatiegebruik afvinken kunnen we nog niet. Dat staat dus op de agenda om geregeld te worden. En ook dat gaat er hopelijk komen. We zijn altijd afhankelijk van de snelheid waarmee de EPD-leverancier aanpassingen in het systeem kan verwerken.”

Toename hematologische patiënten

Onder studenten geneeskunde bestaat voldoende belangstelling voor het vak, stelt Groen. “Er zijn genoeg studenten die stage willen lopen bij hematologie, en die uiteindelijk ook voor dit specialisme kiezen”, zegt hij. “Wel heb ik de indruk dat geneeskundestudenten nu minder geneigd zijn om voor een ziekenhuiscarrière te kiezen. Ze ambiëren vaker huisartsgeneeskunde of sociale geneeskunde.”

Baart met dit laatste in het achterhoofd de toename van het aantal patiënten met hematologische aandoeningen hem en Heijmans zorgen? “Ja, aan de ene kant wel”, zegt de laatste. “Maar die toename heeft wel voor een belangrijk deel te maken met het feit dat de behandelingen steeds beter worden en dat steeds meer patiënten dus langer in leven blijven.” In dit licht is de ontwikkeling van hybride zorg waarin beiden een rol spelen interessant. “We kunnen daarmee met hetzelfde aantal hematologen meer patiënten behandelen”, zegt Groen. Heijmans vult aan: “De therapieën zijn ook minder arbeidsintensief geworden. Het gaat nu vaker om pillen en af en toe een prik. Die kunnen ook thuis worden gegeven. Hetzelfde geldt voor een infuus en een ondersteunende behandeling. En dat sluit ook aan bij de wens van veel patiënten om niet voor alles naar het ziekenhuis te hoeven komen. De manier waarop we de zorg inrichten verandert dus.”

Taakherschikking

De zorg die beiden bieden is in de loop der jaren behalve door zorgtechnologie ook veranderd door taakherschikking. “Ik zeg wel eens: onder onze verpleegkundig specialisten zitten de beste hematologen”, zegt Heijmans. “We zijn als hematologen en verpleegkundig specialisten echt één team. We delen veel taken. We hebben op de afdeling

Hematologie vijf verpleegkundig specialisten en vijf physician assistants en zonder hen zouden we het ook echt niet redden.”

De physician assistants werken grotendeels op zaal. “Zij bieden daar de continuïteit die de arts-assistenten niet bieden, want die gaan van stage naar stage”, zegt Heijmans. Groen vult aan: “De verpleegkundig specialist is regievoerend behandelaar in onderdelen van het zorgpad multipel myeloom, sikkcelziekte en stamceltransplantatie. Je bent een team, dus je doet het werk met elkaar en vangt elkaars werk op.” Heijmans: “Dat is zo goed geregeld dat het niet meer opvalt. Je gaat ze pas missen als ze op vakantie zijn. Je weet gewoon dat verpleegkundig specialisten ernaar handelen als ze weten of iemand bijvoorbeeld al lang niet meer op de polikliniek is geweest, of nog steeds pijn heeft. De sikkcelverpleegkundigen hebben ook app-contact met patiënten als de situatie erom vraagt.” Groen: “Ze hebben een andere blik op patiënten dan ik als medisch specialist heb, zoals meer oog voor psychosociale problemen of voor hoe het thuis gaat.”

Groeimogelijkheden

Zien beiden nog groeimogelijkheden in de functie van de verpleegkundig specialist? “Wat mij betreft is *the sky the limit*”, zegt Heijmans. “Onze twee vakken groeien steeds meer naar elkaar toe. Ik vraag me niet zozeer af of er nog groei is, maar meer of er een grens is. Het moet uit de verpleegkundig specialisten zelf komen, maar de ruimte voor groei is er zeker. Het gaat erom dat je bekwaam en bevoegd bent. Ik denk dat we gaandeweg steeds meer gaan zien dat taken en bevoegdheden gedelegeerd worden.”

Diensten draaien is nog een punt, stelt Groen. “We hebben het er wel eens over gehad”, zegt hij. “Niet alle verpleegkundig specialisten willen het, maar als ze het willen is de ruimte er wel.” Heijmans: “Met goede afspraken zou ik niet weten waarom niet.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

Agenda

Colofon

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 1 van *Oncologie Up-to-date* 2026, 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, Marc de Leeuw, NFP Photography, PicturePeople, Engelbert Schins, Angeline Taal, Michel ter Wolbeek/De Beeldredacteur, Diana de Veld en Frank van Wijck

Coverfoto:

Marieke Hillebrand © 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

Masterclass Botgezondheid	9 april 2026
Masterclass GE-Oncologie	16 april 2026
Masterclass Long-Oncologie	19 mei 2026
Masterclass laaggeletterdheid-beperkte gezondheidsvaardigheden	2 juni 2026
Symposium Palliatieve zorg VS & PA 1 ^e -3 ^e lijns	22 september 2026
Masterclass Mamma-oncologie	29 en 30 september 2026
Masterclass Uro-Oncologie	1 oktober 2026

Voor actuele informatie netwerkvso.nl/agenda



NU VERGOED!

A + V in CLL 1L
met een vaste
behandelduur^{1,2}



De veiligheid
van **acalabrutinib**
opent een nieuwe
deur voor effectieve
BTK-remming i.c.m.
venetoclax, met een
vaste behandelduur
in CLL^{*#1-7}



Wilt u meer weten over
de vergoeding of over
alle indicaties?
Scan de QR-code

* In de AMPLIFY studie zijn geïncludeerd: volwassen patiënten met niet eerder behandeld CLL, met gemuteerd of ongemuteerd IGHV, zonder del17p of TP53-mutatie.²

Het veiligheidsprofiel is in lijn met de reeds bekend profielen van de afzonderlijke middelen en laat geen nieuwe bevindingen zien.¹⁻⁷

1. SmPC CALQUENCE (acalabrutinib). 2. Brown JR, et al. *N Engl J Med* 2025; 392(8):748-762. 3. Ghia, et al. *JCO* 2020;38(25):2849-2861. 4. Sharman, et al. *Lancet* 2020;395(10232):1278-1291. 5. Byrd, et al. *JCO* 2021;39(31):3441-3452. 6. Sharman, et al. *Blood* 2025;146(11):1276-1285. 7. Wang, et al. *JCO* 2025;43(20):2276-2284.
NL-16914 Prod 11.2025