

# V.S.

Verpleegkundig Specialisten  
Oncologie, Hematologie en  
Palliatieve Zorg

Sylvia Verhage  
draagt voorzitterschap  
Netwerk VSO over

13<sup>e</sup> VSO Voorjaars-  
symposium

Verpleegkundig  
specialist op  
de afdeling

juni  
2026

# 2

ASCO 2026  
CROWN 7-jaars update  
Binnenkort meer.

>5 JAAR PFS IN  
1L ALK+ mNSCLC

Begin dus sterk met Lorviqua® in de 1<sup>e</sup> lijn<sup>1,2,3</sup>

**LORVIQUA®** als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met anaplastisch lymfoomkinase (ALK)-positief, gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) die niet eerder zijn behandeld met een ALK-remmer.

**LORVIQUA®** als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met ALK-positief, gevorderd of gemetastaseerd, NSCLC bij wie ziekteprogressie optrad na:

- alectinib of ceritinib als de eerste behandeling met ALK-tyrosinekinaseremmer (TKI); of
- crizotinib en ten minste één andere ALK-TKI.

#### Veiligheidsprofiel<sup>1</sup>:

De meest voorkomende bijwerkingen zijn hypercholesterolemie (72%), hypertriglyceridemie (66%), oedeem (57%), perifere neuropathie (44%), gewichtstoename (44%), vermoeidheid (30%), gewrichtspijn (28%), cognitieve effecten (28%), hypertensie (26%), bloedarmoede (25%), diarree (23%), dyspneu (23%), hoofdpijn (22%), stemmingseffecten (21%), hoesten (20%) en koorts (20%).



Kijk voor meer informatie over gebruik van Lorviqua® bij patiënten met bepaalde comorbiditeiten in de SmPC. De verkorte SmPC, inclusief referenties, vindt u elders in deze uitgave.

Scan de QR code om meer informatie te lezen over Lorviqua® op onze website.

1L=eerste lijn; ALK=anaplastisch lymfoomkinase; mNSCLC=gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom; PFS=progressie vrije overleving.

PP-LOR-NLD-0133

# VS.

Verpleegkundig Specialisten  
Oncologie, Hematologie en  
Palliatieve Zorg

## Voorwoord



**MASCHA JUFFERMANS**  
verpleegkundig specialist AGZ  
Ziekenhuis Amstelland  
Amstelveen



**ERIK VAN MUILEKOM**  
verpleegkundig specialist AGZ  
Antoni van Leeuwenhoek  
Amsterdam

In deze VS. starten we met een persoonlijk afscheidswoord van de scheidend voorzitter van het netwerk VSO. Daarnaast komt in dit nummer een aantal mooie ontwikkelingen samen, met samenwerken als verbindend thema. Onze beroepsgroep is ontstaan vanuit zowel een behoefte aan professionele ontwikkeling als vanuit een veranderende zorgvraag. In de afgelopen decennia is hierin veel veranderd. We zijn gaan pionieren, hebben grenzen verkend en onze positie binnen het zorglandschap steeds steviger verankerd. Tegelijkertijd blijven er discussies bestaan over de reikwijdte van ons beroep: hoe het zich verder kan ontwikkelen, waar de kansen liggen en ook waar de grenzen zich bevinden.

Maar eigenlijk zie je op alle plekken in Nederland waar verpleegkundig specialisten aan het werk zijn dat verbinding met elkaar in een community, vakgroep en multidisciplinair het grootste winstpunt is. Een aantal mooie voorbeelden in deze uitgave benadrukt dat maar weer eens. Hoe je door samenwerking zaken tot grote hoogte kunt stuw en daardoor de positie van de VS kunt verstevigen.

Daarnaast groeit de aandacht voor de mogelijkheden die verdere digitalisering binnen de zorg biedt. Thuismonitoring creëert bijvoorbeeld veel kansen, maar daarbij moeten we oog houden voor de vaardigheden die dit van patiënten vraagt. Tegelijkertijd kent de digitalisering van onze samenleving ook een andere kant: na ons overlijden blijven vaak allerlei gegevens, accounts en berichten achter op sociale media en het internet. Daardoor wordt het steeds belangrijker om na te denken over onze digitale nalatenschap, aangezien het voor nabestaanden niet altijd eenvoudig is om toegang te krijgen tot deze gegevens na overlijden.

Aandacht voor geneesmiddelen is er in deze editie uiteraard ook. In de vorm van een artikel over de afweging tussen kosten en baten die het zorginstituut steeds weer opnieuw moet maken bij dure middelen. Verder een artikel over de mogelijke relatie tussen de menstruatiecycclus en de werkzaamheid van systemische therapie bij borstkankerpatiënten. Binnen de hematologie is er een nieuwe behandeling mogelijk met bispecifieke monoklonale antilichamen.

Wij wensen u veel leesplezier!

**Mascha Juffermans en Erik van Muilekom**

*Met ingang van 1 juni a.s. zal Sandra Dikkes, Isala te Zwolle, het stokje overnemen van Erik van Muilekom als verpleegkundig specialist met expertisegebied Uro-oncologie in de redactieraad. Daarnaast verwelkomen we ook Christien Oudbier, Utrecht UMC, als verpleegkundig specialist met expertisegebied Hemato-oncologie.*



# 9

## 13<sup>e</sup> VSO Voorjaarssymposium



# 16

## Community in UMC Groningen verbindt verpleegkundig onderzoekers met elkaar

Interview met Sophie Bunskoek en Frederieke Zwierts

# 36

## Multidisciplinair samenwerken voor betere kwaliteit van leven bij hoofd-halstumoren

Interview met Marene Kroon



# Inhoud

- 3** Voorwoord
- 6** Sylvia Verhage draagt het voorzitterschap Netwerk VSO over
- 9** 13<sup>e</sup> VSO Voorjaars Symposium
- 9** *Debat 'Hulp of hel(p) aan digitale last*
- 11** *VSO Vernieuwingsprijs 2026*
- 12** *VioS Afstudeerprijs 2026*
- 13** Vakgroep versterkt positie verpleegkundig specialisten in Erasmus MC  
Interview met Simone van der Linden
- 15** Handreiking helpt bij implementatie proactieve zorgplanning in ziekenhuizen
- 16** Community in UMC Groningen verbindt verpleegkundig onderzoekers met elkaar  
Interview met Sophie Bunschoek en Frederieke Zwiers
- 18** Notitie maakt bevoegdheden en bekwaamheden verpleegkundig specialisten helder
- 19** Geneesmiddelsluis instrument om zorgkosten beheersbaar te houden  
Interview met Jolien Tol
- 23** Succesvol debatteren  
Interview met Sharon Kroes
- 25** Relatie tussen de fasen van de menstruatiecyclus en chemotherapie bij borstkanker  
Interview met Sabine Linn
- 27** Nauwe samenwerking tussen neurochirurg en verpleegkundig specialist bij wakkere hersentumoroperaties  
Interview met Nyhree van Drie en Marike Broekman
- 32** Nadenken over de digitale nalatenschap  
Interview met Sander van der Meer
- 34** Eerste ervaringen met bispecifieke monoklonale antilichamen bij multipel myeloom  
Interview met Ruben Schuinder
- 36** Multidisciplinair samenwerken voor betere kwaliteit van leven bij hoofd-halstumoren  
Interview met Marene Kroon
- 39** “De verpleegkundig specialist en medisch specialist zijn een goed stel”  
Interview met Sandra Dikkes en Paul Hamberg
- 42** Verpleegkundig specialist op de afdeling: pionieren en veelzijdig werk  
Interview met Ellemieke de Graaf en Margriet Nieuwenhuis
- 47** Pneumonitis door immunotherapie: “Blijf breed nadenken”  
Interview met Jeroen Hiltermann
- 50** Agenda en colofon



## 42

Verpleegkundig specialist op de afdeling: pionieren en veelzijdig werk

Interview met Margriet Nieuwenhuis en Ellemieke de Graaf

“Het ambachtelijke van ons vak zit in de combinatie van medische en verpleegkundige kennis en de bevoegdheid om zelfstandig het verschil te maken voor de patiënt”

SYLVIA >  
VERHAGE



# Sylvia Verhage draagt voorzitterschap Netwerk VSO over

Verpleegkundig specialist, oprichter én voorzitter van het landelijke Netwerk VSO, Sylvia Verhage, beëindigt het voorzitterschap. In een persoonlijk afscheidwoord blikt ze terug op de afgelopen twaalf jaar waarin dit netwerk is ontstaan. De vele mooie ontwikkelingen die het beroep verpleegkundig specialist heeft doorgemaakt roepen bij haar de vraag op of dit beroep niet het predikaat ‘ambacht’ verdient.

Het is voorjaar en ik zit onder mijn geliefde plataan op het Griekse dorpsplein waar ik al meer dan dertig jaar kom. Ik neem de tijd om mijn gedachten de vrije loop te laten gaan. Ik geniet van de rust, de zon en de Griekse specialiteiten, zoals de op ambachtelijke wijze geproduceerde feta en olijfolie, die hier smaken zoals ze nergens smaken. Al genietend raak ik aan het mijmeren over de begrippen kwaliteit en vakmanschap en ik stel mezelf de vraag: is het beroep van verpleegkundig specialist eigenlijk ook een ambacht aan het worden?

In mijn overpeinzing neem ik de tijd om terug te kijken op de afgelopen twaalf jaar waarin een landelijk netwerk voor verpleegkundig specialisten Oncologie, Hematologie en Palliatieve zorg (VSO) is ontstaan en het beroep van verpleegkundig specialist grote ontwikkelingen heeft doorgemaakt. In mijn gedachten komen bijvoorbeeld het voorschrijven van oncologische systeemtherapieën door de verpleeg-

kundig specialist, het uitvoeren van continue palliatieve sedatie, de negendaagse leergang Palliatieve zorg, podcasts van wetenschappelijke congressen, beroepsvisiting voor en door de verpleegkundig specialist in samenwerking met onze vereniging en natuurlijk hét magazine VS. Deze ontwikkelingen overdenkend, komt steeds het woord ‘ambacht’ in mijn gedachten terug, de verpleegkundig specialist als ambachtswoman of -man!

Wat is een ambacht eigenlijk? Volgens de definitie is dit een handvaardigheid die wordt aangeleerd om een beroep mee uit te oefenen. Daarin lijkt het accent te liggen op ‘handen’, terwijl het beroep van verpleegkundig specialist gaat over handelen in een bredere context. Denk aan de CanMEDS-competentiegebieden. Het lijkt me overbodig om in dit afscheidwoord hierop uitgebreid in te gaan. We mogen inmiddels stellen dat verpleegkundig specialisten onmisbaar zijn in het oncologische zorglandschap!

“Steeds komt het woord  
‘ambacht’ in mijn gedachten terug,  
de verpleegkundig specialist als  
ambachtswoman of -man!”

Ik licht een aantal criteria van een ambacht toe en probeer vervolgens de relatie te leggen met het beroep verpleegkundig specialist. In de definitie wordt onder meer gesproken over vakmanschap en vakbeheersing. Vakbeheersing wordt omschreven als de mate waarin iemand de kennis, vaardigheden en competenties bezit die nodig zijn om een specifiek beroep of ambacht op hoog niveau uit te kunnen oefenen. Dit wordt vaak geassocieerd met passie en ervaring, veelal opgedaan in de praktijk. Een ander criterium van ambacht is het



▲ SYLVIA VERHAGE

authentieke karakter; de zorg die de verpleegkundig specialist verleent is uniek, persoonlijk en onderscheidt zich van strikt protocollaire zorgverlening. Ten derde; ook een verpleegkundig specialist maakt gebruik van traditionele en moderne technieken, dit om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Een vierde criterium, het bezitten van specifieke kennis en kunde, is typerend voor de verpleegkundig specialist. Als laatste is de hoge kwaliteit van geleverde zorg met aandacht voor detail, duurzaamheid en een hoge standaard van het eindresultaat (passend bij de zorgvrager en zijn of haar naasten) een kenmerk van een ambacht. De contouren van het ambacht (in wording) lijken steeds duidelijker te worden. Aanvullend nog dit: het ambachtelijke van ons vak zit in de combinatie van medische en verpleegkundige kennis en de bevoegdheid om zelfstandig het verschil te maken voor de patiënt. Het ambachtelijke komt ook tot uiting in het 'hoe' van het handelen: het is niet slechts het toepassen van protocollen, maar de kunst van het vertalen van wetenschappelijke kennis naar de individuele patiënt.

In mijn overpeinzing kwam ik ook uit bij een ander ambacht, namelijk dat van de zelfzorg. Socrates, een Griekse filosoof – wie kent hem niet? – redeneert dat er twee verschillende ambachten moeten zijn met betrekking tot zelfzorg: zorg voor dingen die doorgaans belangrijk kunnen zijn voor iemand, zoals bezittingen en sociale status, én zorg voor de ziel. Socrates omschrijft dit laatste als 'je over jezelf bekommeren' en 'je over jezelf ontfermen', taalgebruik dat we niet zo vaak meer horen. Het komt gewoonweg neer op aandacht hebben voor jezelf. Voor dat laatste is zelfonderzoek (zelfreflectie) nodig, waaruit kennis over jezelf en over je persoonlijk functioneren kan ontstaan. Socrates stelt dat je door het verkrijgen van zelfkennis beter voor jezelf kunt zorgen. In onze beroepsgroep valt dit onder persoonlijk leiderschap: 'Ik in relatie tot mijzelf'. Dit betreft de keuze om als verpleegkundig specialist zélf de verantwoordelijkheid te nemen. Be-

“We mogen inmiddels stellen dat verpleegkundig specialisten onmisbaar zijn in het oncologische zorglandschap!”

langrijke kenmerken hiervan zijn, zoals we die zo mooi geleerd hebben: zelfbewustzijn, eigenaarschap, zelfdiscipline, persoonlijke ontwikkeling en doelgerichtheid (zie *Kader*). Iets wat ik zelf als een belangrijk onderdeel van ons beroep zie.

Mijn overpeinzingen hielden maar niet op. Ze brachten mij bij mijn afscheid na twaalf jaar voorzitter te zijn geweest van het Netwerk VSO. Wat laat ik achter? Ik kreeg te horen dat ik 'een nalatenschap achterlaat waar de volgende generatie op verder kan bouwen', dat ik 'grote schoenen achterlaat om te vullen' en dat ik 'de steen weer verder op in de rivier heb gelegd'. Ik vind dat zorgvuldig afscheid nemen past bij persoonlijk leiderschap en daar hoort het kiezen van het juiste tijdstip bij, evenals een zorgvuldige overdracht en een passend afscheidswoord.

Met dank en trots kijk ik terug op wat we samen hebben bereikt. De manier waarop er binnen dit netwerk met passie voor het beroep van verpleegkundig specialist is samengewerkt, er verbindingen tot stand zijn gekomen, maar we vooral ook professioneel en met plezier met elkaar opgetrokken zijn, heeft mij werkelijk geïnspireerd.

Onder de plataan zit een rijk mens, genietend en met een glimlach kijkend naar de toekomst. | [Sylvia Verhage, MANP](#)

#### KADER

- **Zelfbewustzijn:** het vermogen om je eigen sterke en zwakke punten, waarden en emoties te herkennen. Wie zichzelf goed kent, kan bewuster keuzes maken en authentiek handelen.
- **Eigenaarschap:** verantwoordelijkheid nemen voor je eigen gedrag, beslissingen en resultaten. Dit betekent proactief handelen in plaats van reactief.
- **Zelfdiscipline:** consequent volhouden. Tijdmanagement, prioriteiten stellen en afspraken nakomen.
- **Persoonlijke ontwikkeling:** de bereidheid om te blijven leren, feedback te ontvangen en fouten te zien als leermomenten. Actief ontwikkeling zoeken.
- **Doelgerichtheid:** weten waar je naartoe wilt en waarom. Richting geven aan je keuzes en gefocust blijven.

*Roland Peppel heeft toestemming gegeven voor het gebruik van dit kader.*

# 13<sup>e</sup> VSO Voorjaarssymposium

In deze editie wordt in een aantal artikelen aandacht besteed aan het 13<sup>e</sup> VSO Voorjaarssymposium (9 en 10 maart jl. in Arnhem). Er is een verslag van het debat over digitalisering in de zorg (p 9-11). En er zijn interviews met diverse sprekers: Sharon Kroes over succesvol debatteren (p 23-24), Sabine Linn over de Chemosense-studie (p 25-26), Sander van der Meer over digitale nalatenschap (p 32-33) en Ruben Schuinder over bispecifieke monoklonale antilichamen bij multipel myeloom (p 34-35). Natuurlijk staan we ook stil bij de VSO Vernieuwingsprijs (p 11) en de VioS Afstudeerprijs (p 12).

## Hulp of hel(p) aan digitale last

In het debat tijdens het 13<sup>e</sup> VSO Voorjaarssymposium stond dit jaar de vraag centraal wat de toenemende digitalisering de zorg gaat brengen. Gespreksleider Tom van 't Hek ging hierover in gesprek met vier panelleden: Freek Baars, lead Nederland thuismonitoringplatform Luscii, Irene Dingemans, programmaleider Kwaliteit van zorg (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties), Joop Snijder, Head of AI bij Info Support en expert op het gebied van digitale zorg en transformatie en dr. Marcel Becker, universitair hoofddocent toegepaste ethiek (Radboud Universiteit, Nijmegen).

De digitalisering van de zorg belooft efficiëntere processen, betere monitoring en meer regie voor patiënten. Tegelijkertijd ervaren zorgprofessionals en organisaties een toenemende digitale last: versnipperde systemen, registratiedruk, ethische dilemma's en ongelijkheid in toegang en vaardigheden. Is digitale zorg dan wel daadwerkelijk een hulpmiddel, of dreigt ze te verworden tot een nieuwe belemmering binnen de zorgpraktijk?

Om antwoord op deze vraag te krijgen, legt Tom van 't Hek als openingvraag aan de vier panelleden voor of zij vinden dat digitalisering de poort tot toegankelijkheid van de zorg open zet. Freek Baars zegt:

**Baars:** “Digitalisering biedt de mogelijkheid om de groeiende zorgvraag op te vangen”

**V VLNR: FREEK BAARS, JOOP SNIJDER, IRENE DINGEMANS EN MARCEL BECKER**



FOTO HANS TAK

## Snijder: “Mijn moeder van tachtig start niet zomaar een e-consult. Dat is wel iets dat aandacht verdient”

“Digitalisering biedt de mogelijkheid om de groeiende zorgvraag op te vangen. Het zorgt ervoor dat er meer ruimte is voor de acute patiënt. De vraag is wel of iedere patiënt in staat is de beschikbare digitale middelen te gebruiken.”

### Tussen kunnen en willen

Het gaat niet alleen om kunnen, maar ook om willen. “Digitalisering helpt de fysieke afstand tot het zorgaanbod te overbruggen”, vertelt Irene Dingemans. “Patiënten zijn daar ook zeker positief over. In het licht van de toenemende concentratie in de zorg is dit een belangrijk gegeven. Bijna iedereen heeft ook de beschikking over een smartphone of tablet. Maar ongeveer een derde wil daar voor de zorg geen gebruik van maken. Hierbij geldt: bekend maakt bemind. Als ze er ervaring mee hebben, is een groter deel positief. Het positiefst over de verschillende vormen van digitale zorg zijn jonge mensen, mensen die hoog opgeleid zijn, en mensen met een chronische vorm van kanker of met kanker in de palliatieve fase.”

Er is dus wel een groot adoptievraagstuk, stelt Joop Snijder. “Mijn moeder van tachtig start niet zomaar een e-consult. Dat is wel iets dat aandacht verdient.” Marcel Becker concludeert hieruit dat aan sommige patiënten meer tijd zal moeten worden besteed. Een taak voor de zorgverlener, stelt hij. Maar daarmee blijkt Baars het niet eens. “Dat is niet iets wat je bij de zorgprofessional moet beleggen”, zegt hij. “Je kunt dit faciliteren bij het ziekenhuis, maar ook bij de bibliotheek of het buurthuis bijvoorbeeld.”

En hoe zit het met de professional, vraagt Van 't Hek zich af. “Er is steeds meer aandacht voor ondersteuning van de zorgprofessional op het gebied van digitalisering”, zegt Baars. Belangrijk, reageert Becker, want hier hoort een kritische kanttekening bij: “De dokter is meer geneigd digitalisering te geloven als die ongeveer hetzelfde zegt als wat hij zelf al veronderstelde.” Een aspect waarnaar al onder-



V VLNR: FREEK BAARS, JOOP SNIJDER, IRENE DINGEMANS EN MARCEL BECKER

zoek is gedaan, reageert Snijder. “Op onderdelen kan AI al betere diagnoses stellen dan de dokter”, zegt hij. “Maar in de combinatie dokter en AI ziet de arts wel een probleem als hij het niet eens is met de conclusie van de AI.”

### Wie is de eigenaar?

Het tweede onderwerp dat Van 't Hek aan de orde stelt is data-eigendom. “De data gaan nu overal en nergens naartoe”, zegt Snijder. “De angst is dat er straks iemand in de Verenigde Staten is die zorgt dat we er niet meer bij kunnen. Het is zaak hier snel stappen in te zetten.” Baars vindt dat ‘overal en nergens’ een beetje overtrokken. “De data zijn van de patiënt en worden gebruikt in de behandelrelatie”, stelt hij. De bereidheid van de patiënt om zijn data beschikbaar te stellen voor secundair gebruik is daarbij heel groot, vult Dingemans aan. “Wel meer binnen Nederland dan binnen Europa”, vult ze aan, “en meer voor gebruik voor onderzoek en binnen het ziekenhuis dan door de farmaceutische industrie.”

Maar het gaat mis zodra het om *wearables* gaat die mensen zelf gebruiken, stelt Becker, “want die data gaan naar Silicon Valley. Een van de grootste vraagstukken op dit gebied is hoe we zorgen dat de data goed gebruikt worden.” Herkenbaar voor Snijder, die zelf ook patiënt is. “Vanuit het ziekenhuis krijg ik van de fysiotherapie een Fitbit van Google”, zegt hij. “De data daarvan gaat dus ook naar Google.”

### Digitalisering en autonomie

Een derde onderwerp, stelt Van 't Hek voor: digitalisering en de autonomie van de patiënt. “Die autonomie is met de digitalisering toegevoegd”, reageert Dingemans direct. “Mensen die in het behandeltraject zitten, zijn tevreden met de mogelijkheden van e-consult en thuismonitoring. Het geeft ze rust. Maar na afronding van de behandeling wil een deel niet meer met de beschikbare tools bezig zijn, want dan ligt de nadruk voor hen te veel op de ziekte.”

Becker plaatst hier een kanttekening bij: “De vraag is of die autonomie van de patiënt altijd op de juiste manier wordt benut. Het stelt hogere eisen aan het beoordelingsvermogen van de patiënt zelf. Kan die beoordelen of een klacht wel of niet ernstig is?” Belangrijk in dat verband is de vraag of de patiënt wel weet of hij betrouwbare



A DEBATLEIDER TOM VAN 'T HEK

bronnen gebruikt, reageert Snijder. “Afgezien daarvan moet de vraag worden gesteld of de autonomie van de patiënt wordt vergroot als die uitslagen leest die hij wellicht niet kan interpreteren en die nog niet in het consult zijn toegelicht.” Wat hierbij kan helpen, is de Ditto app, die medische documenten omzet in leekentaal. Onderzoek van NFK laat zien dat twee derde van de patiënten die informatie wel vooraf al wil kunnen inzien. Mensen kiezen vervolgens hun eigen weg en sommigen beslissen na één keer dat ze die informatie dan liefst pas lezen op de ochtend voor het consult. Niet 's avonds, omdat dit de nachtrust kan schaden. Artsen geven aan dat de inhoud van het consult ten positieve verandert als de patiënt al daarvoor de informatie heeft gelezen.

### Digitalisering als actieve speler

Het laatste onderwerp dat Van 't Hek wil bespreken is of digitalisering een derde speler wordt (of al is) naast de arts en de patiënt. “In bepaalde mate is die driehoek er al”, reageert Baars. “Wij gebruiken in

onze productontwikkeling ook al *AI-agents*.” Snijder zegt liever te denken in termen van een vierkant dan van een driehoek. Hij legt uit: “Ik zie een model voor me waarin de arts en de patiënt ieder hun eigen *AI-agent* hebben, om beide gerichte ondersteuning te bieden.” Maar zover zijn we nog niet, stelt hij. “Voorlopig vinden we het nog erger als de AI een fout maakt dan wanneer we dat zelf doen”, zegt hij. Niet helemaal eerlijk natuurlijk, want de mens maakt ook fouten. Wat is dan de belangrijkste stap die nu moet worden gezet?, wil Van 't Hek weten. “Opschalen”, zegt Baars, “de impact op grotere schaal vorm gaan geven.” Maar daarbij moet dan wel steeds de vraag worden gesteld of wat wordt toegepast de kwaliteit van zorg biedt die we wensen, vult Becker aan. En de opschaling moet met een kalm kompas gebeuren, vult Snijder daarop weer aan, weloverwogen dus. “Maar we mogen tegelijkertijd onszelf ook de vraag stellen of het nog wel verantwoord is om de beschikbare digitale toepassingen niet te gebruiken”, zegt hij afsluitend. | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

## Winnaar VSO Vernieuwingsprijs 2026

De VSO-innovatieprijs heeft nu de nieuwe naam VSO Vernieuwingsprijs gekregen. Deze naam doet meer recht aan de vernieuwende acties van verpleegkundig specialisten in het veld die ten goede komen aan de patiënt. Jana van der Sar, MANP, verpleegkundig specialist AGZ in het Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam), is de winnares van 2026, om haar voorgenomen onderzoek op het gebied van het Li-Fraumeni-syndroom mogelijk te maken.

De VSO Vernieuwingsprijs heeft als doel het stimuleren van vernieuwende initiatieven die de kwaliteit van leven en sterven van mensen met een oncologische aandoening verbeteren. De vakjury, bestaande uit verpleegkundig specialisten, een unithoofd oncologisch centrum en medisch specialisten, koos uit de inzendingen Jana van der Sar als winnares. Het Antoni van Leeuwenhoek is nationaal expertisecentrum voor het Li-Fraumeni-syndroom. Van der Sar is hier sinds 2020 de regievoerend behandelaar voor deze patiënten.

### Screening

Het syndroom leidt tot een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van diverse vormen van kanker, vaak al op jonge leeftijd, veroorzaakt door mutaties in het *TP53*-gen. Soms ontstaan in de loop van het leven meerdere tumoren. In haar functie speelt Van der Sar een rol in het screeningsproces van deze patiënten. Ze wil inzicht krijgen in

de vraag of deze screening in zijn huidige, intensieve vorm meerwaarde heeft voor hen, of hen vooral belast en schijnveiligheid biedt. Als basis hiervoor heeft zij al een begin gemaakt met het verzamelen van alle relevante patiëntendata van de 180 patiënten die jaarlijks voor hun controles in het expertisecentrum komen. Het prijzengeld stelt haar in staat om als vervolgstap te onderzoeken of het screeningsproces beter kan worden onderbouwd en mogelijk kan worden afgeschaald. De achterliggende gedachte is dat op termijn wellicht uitbreiding van dit onderzoek naar de waarde van screening voor meer erfelijke aandoeningen mogelijk is. Voorzitter van de vakjury Joska Heessels reikte de prijs uit en riep verpleegkundig specialisten op onderwerpen voor de VSO Vernieuwingsprijs 2027 in te dienen. | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist



▲ VLNR JANA VAN DER SAR ONTVANGT DE VSO VERNIEUWINGSPRIJS UIT HANDEN VAN JOSKA HEESSELS

FOTO HANS TAK

# VioS Afstudeerprijs 2026

Sezen Kutluyer, MSc, verpleegkundig specialist AGZ in het Erasmus MC (Rotterdam), is dit jaar de winnaar van de VioS Afstudeerprijs. Ze presenteerde haar thesis tijdens het 13<sup>e</sup> VSO Voorjaarsymposium.

Het onderzoek van Sezen Kutluyer was gericht op de psychosociale impact van bestraling bij cervixcarcinoom. Vijftig procent van de vrouwen geeft aan voor deze procedure angst te ervaren. Via kwalitatief en kwantitatief onderzoek wilde zij inzicht krijgen in de vraag wat precies die angstmomenten zijn. Hiervoor interviewde ze ook dertien patiënten vier maanden na de behandeling.

## Bestraling cervixcarcinoom

Primaire radiotherapie gaat gepaard met fasegebonden psychosociale belasting, met piekmomenten tijdens brachytherapie. Weliswaar treedt herstel op, maar bij een deel van de patiënten is sprake van langdurige klachten, met name vermoeidheid en onzekerheid. Structurele inzet van *patient-reported outcome*-metingen is essentieel. Net als gerichte *distress*-screening rondom kritieke fasen en gefaseerde informatievoorziening. De verpleegkundig specialist speelt hierin een centrale rol door signalen te duiden, psychosociale risico's vroegtijdig te signaleren en passende ondersteuning te coördineren binnen het multidisciplinaire team. Het belang hiervan is duidelijk, stelde Kutluyer aan het slot van haar presentatie. "De behandeling heeft een grote impact op het sociaal welzijn van de vrouw. Een aanzienlijke groep houdt lang klachten."

Bij de prijsuitreiking werd gesteld dat het onderzoek van Kutluyer concrete handvatten biedt om psychosociale ondersteuning fasegericht te implementeren binnen het radiotherapeutisch behandeltraject.

## Intimiteit laatste levensfase

Zoals gebruikelijk waren er naast de winnaar nog twee andere presentaties. Barbara Gen, MSc, verpleegkundig specialist AGZ bij Laurens, presenteerde haar onderzoek naar intimiteit in de laatste levensfase. Een kwalitatief onderzoek op basis van diepte-interviews met patiënten en partners, uitgevoerd in een hospice. Door de ernstige ziekte, die invloed heeft op de partnerrelatie, vinden grote verschui-

vingen plaats op het gebied van intimiteit. De belangrijkste behoefte ligt bij het behoud en de verdieping van emotionele en niet-seksuele fysieke intimiteit, is haar conclusie. De opname in het hospice speelt een cruciale rol in het ontlasten van de zorgrol van de partner en het herstel van de partnerrelatie. De aanbeveling van Gen is zorgverleners te scholen over het bespreekbaar maken van intimiteit en seksualiteit en over het signaleren van problemen op dit vlak.

## Pijnbehandeling pancreascarcinoom

Natascha van Schie, MSc, verpleegkundig specialist AGZ Pijn in het Alrijne Ziekenhuis, belichtte haar thesis over pijnbehandeling bij het pancreascarcinoom. Pijn is het meest voorkomende symptoom bij deze aandoening. Haar onderzoek laat zien dat de richtlijn 'Pijn bij kanker' in haar ziekenhuis en de bijbehorende thuiszorgsettings niet consistent wordt gevolgd. Bij de start van opioïden wordt een plexus-coeliacus- of splanchnicusblokkade namelijk meestal niet direct overwogen. Ze benadrukt het belang van scholing, samenwerking en patiëntvoorlichting om tot effectievere pijnbehandeling te komen en daarmee betere kwaliteit van leven en sterven voor de patiënt. | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

“De behandeling heeft een grote impact op het sociaal welzijn van de vrouw. Een aanzienlijke groep houdt lang klachten”



▲ VLNR SEZEN KUTLUYER ONTVANGT DE VIOS AFSTUDEERPRIJS UIT HANDEN VAN ANNELIES MANENSCHIJN

FOTO HANS TAK



# Vakgroep versterkt positie verpleegkundig specialisten in Erasmus MC

Simone van der Linden, MANP, verpleegkundig specialist AGZ in de hematologie in het Erasmus MC te Rotterdam, is lid van het bestuur van de vakgroep waarin haar collega's zijn verenigd binnen dit ziekenhuis. Zo werkt ze aan behoud en verdere versterking van de positie van haar beroepsgroep. Ze is enthousiast over de invloed die zij en haar collega's in het ziekenhuis hebben, bijvoorbeeld in meedenken bij projecten en sparren met jonge artsen in opleiding. "Vergeleken met vroeger doen we nu veel meer taken die passen bij onze opleiding."

Simone van der Linden werkt sinds 2003 op de afdeling Hematologie in het Erasmus MC, eerst als verpleegkundige, waarna ze vanaf 2008 startte met de opleiding tot verpleegkundig specialist. "Vanaf 2010 kreeg ik de functie verpleegkundig specialist en was daarmee landelijk gezien een van de eerste verpleegkundig specialisten Hematologie. Ik moest pionieren, dat was in het begin best lastig. Eerst functioneerde ik meer als een soort hulp van de medisch specialist, maar dat veranderde in de loop van de tijd. Vergeleken met vroeger is voor de zorgverleners binnen het ziekenhuis nu veel duidelijker geworden wat een verpleegkundig specialist doet en kan. Daarmee hebben we gewonnen. We worden echt ingezet voor de taken die passen bij onze opleiding."

## Vakgroep

Dit is mede te danken aan de inspanningen van de vakgroep van verpleegkundig specialisten in het Erasmus MC. Van der Linden is lid van het bestuur hiervan. "Er zijn in totaal 180 tot 200 verpleegkundig specialisten uit ons ziekenhuis aangesloten bij de vakgroep, die nu 25 jaar bestaat. Mijn voorgaande collega's hebben die vakgroep opgericht vanuit het uitgangspunt dat je in gezamenlijkheid als verpleegkundig specialisten sterker staat. Binnen het bestuur ben ik verantwoordelijk voor de communicatie. Ik draag uit wat we allemaal doen, via bijvoorbeeld het intranet, en ik zorg dat er Teamsberichten uitgaan, bijvoorbeeld met documenten die belangrijk zijn, en ik hou ook de mail bij. Zo probeer ik de verpleegkundig specialisten met elkaar te verbinden."

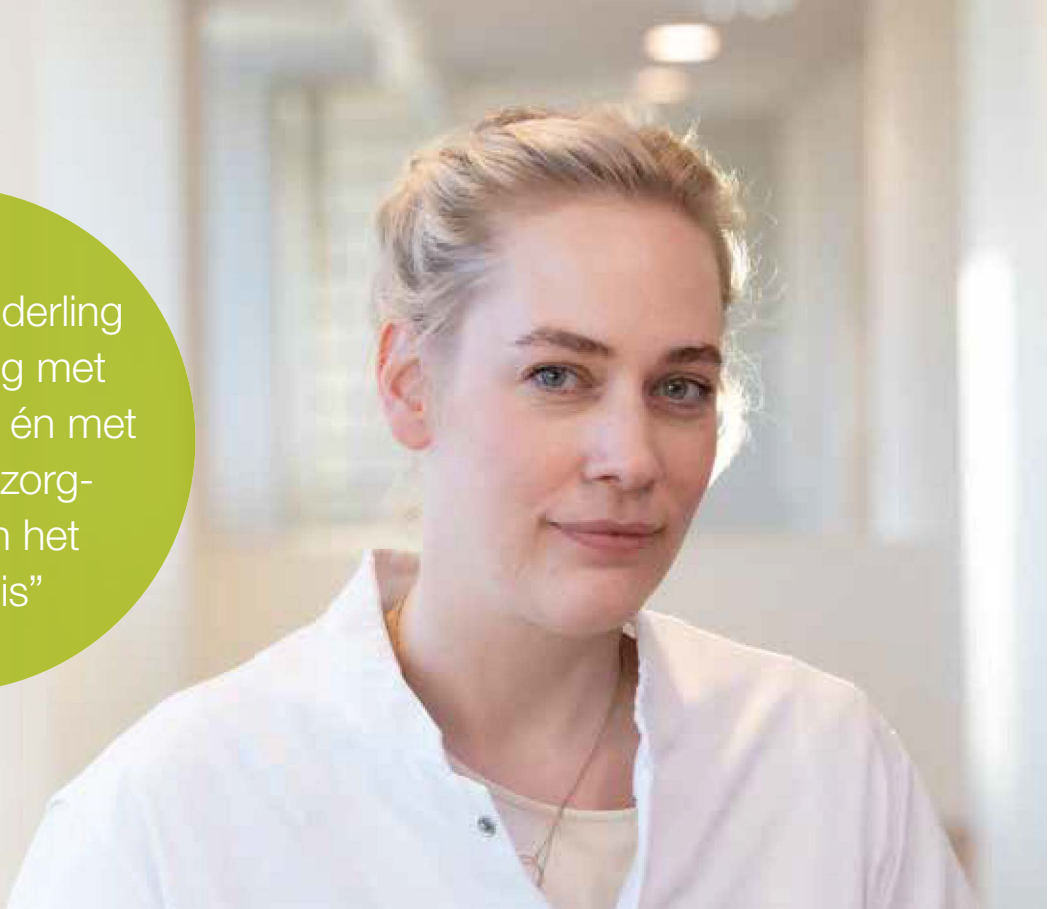
## Thema's

De opbouw van het bestuur van de vakgroep hangt samen met de structuur van het Erasmus MC. De afdelingen van dit ziekenhuis zijn gerangschikt naar in totaal negen thema's. "Zo valt mijn afdeling onder het thema 'Daniel', daaronder vallen de afdelingen Oncologie en Hematologie, enkele onderzoekslaboratoria, de transplantatiecoördinatoren en het beenmerglaboratorium. Je hebt daarnaast het thema 'Sophia', daaronder vallen de kinderafdelingen, en bijvoorbeeld het thema 'Dijkzigt', daaronder vallen alle chirurgieafdelingen en geriatrie. Zo heb je binnen het ziekenhuis negen verschillende thema's. Vanuit elk thema zit er een verpleegkundig specialist in het bestuur van de vakgroep."

## Projecten

Van der Linden werkt 36 uur per week en is daarvan gemiddeld zo'n twee uur kwijt voor haar bestuurswerk voor de vakgroep, tijd die ze daar graag voor overheeft. "Ik zit in het bestuur, omdat ik mijn werk belangrijk en leuk vind. Ik wil heel graag dat we als verpleegkundig specialisten een goede positie blijven behouden en goed in beeld zijn bij iedereen. Daarnaast is het belangrijk om onze professionaliteit hoog te houden, bijvoorbeeld door onderling kennis uit te wisselen. Verder zijn we sterk gericht op de kwaliteit en vernieuwing van de zorg. We sluiten aan bij projecten die dit als doel hebben, denk bijvoorbeeld aan initiatieven rond digitale zorg. Zo loopt er een project met Copilot, de digitale assistent van Teams. Of een digitale assistent in de spreekkamer. Hoe kunnen we die integreren in ons werk?"

“Laten we onderling de verbinding met elkaar zoeken én met alle andere zorgverleners in het ziekenhuis”



▲ SIMONE VAN DER LINDEN

Een ander voorbeeld van een project waaraan verpleegkundig specialisten bijdragen is 'Erasmus Arts 2030'. "Hierin krijgen artsen in opleiding onderwijs op basis van casuïstiek. De opleiders vroegen of ook verpleegkundig specialisten hierbij wilden aansluiten. Een paar collega's van mij doen dat en die vinden dat erg leuk. Het is mooi om met jonge artsen te sparren over wat er allemaal in de praktijk gebeurt en ervaringen van de werkvloer te delen."

#### Zorg verbeteren

Verder zijn verpleegkundig specialisten in het Erasmus MC vertegenwoordigd in diverse commissies en besturen, vertelt Van der Linden. "Zo sluiten we aan bij de verpleegkundige adviesraad. Oorspronkelijk zijn we verpleegkundigen. Dus het is belangrijk om te horen wat er speelt op de werkvloer en te kijken wat we hieruit mee kunnen nemen in ons eigen werk. Zelf ben ik vicevoorzitter van de calamiteitencommissie. Het is leerzaam om casuïstiek met andere professionals in de commissie te bespreken, zoals anesthesisten, artsen en arts-assistenten.

Als verpleegkundig specialisten proberen we dus overal aansluiting te vinden en bij te zitten, om met elkaar de zorg te verbeteren. We onderhouden ook contacten binnen de regio en omliggende ziekenhuizen.

We organiseren scholingen, waarbij leden van de vakgroep kunnen aansluiten, maar ook collega's uit de omliggende ziekenhuizen. Zo houden we elkaar op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen en creëren we laagdrempelig onderling contact. We organiseerden bijvoorbeeld vanuit het thema 'Daniel' een scholing over antistolling."

#### Thuismedicatie

Ook op haar eigen afdeling is Van der Linden bezig met het verbeteren van de zorg. "Ik zie en behandel vooral patiënten met multipel myeloom en benigne hematologische aandoeningen en heb een beenmergpunctiespreekuur. Vanaf 2015 ben ik betrokken bij een groot project rond thuismedicatie, dat is opgericht om patiënten te ontzorgen: ze hoeven niet naar het ziekenhuis te reizen en niet te wachten in het ziekenhuis. Thuisoediening vindt nu plaats bij sommige subcutaan en intraveneuze toegediende kuren.

Daarnaast doe ik onderzoek naar verbetering van de zorg, met vooral een praktische insteek, niet met de ambitie om hierop te gaan promoveren. Hoe kunnen we bijvoorbeeld mantelzorgers beter ondersteunen, zodat de patiënten in zorg kunnen blijven? Een onderzoek hierover is in voorbereiding."

### CAR-T-celtherapie

Van der Linden illustreert de belangrijke rol van mantelzorgers met een voorbeeld. “Patiënten met een hematologische maligniteit kunnen CAR-T-celtherapie krijgen. Die patiënten liggen in het ziekenhuis en moeten na hun behandeling nog twee weken vervolgd worden, omdat deze behandeling neurologische klachten kan geven. Mensen mogen dan wel naar huis, maar moeten wel drie keer per week naar het ziekenhuis komen voor controle. Dan moeten ze een mantelzorger hebben die 24 uur bij hen is om te observeren of deze klachten optreden. Sommige mensen hebben geen mantelzorger die dit kan opbrengen en moeten dan twee weken in het ziekenhuis blijven liggen. Met een zorgorganisatie – Laurens Intermezzo – hebben we afgesproken dat deze patiënten bij hen terecht kunnen. Bij Laurens Intermezzo hebben mensen veel meer bewegingsvrijheid. Dat is voor hen veel plezieriger dan op de ziekenhuisafdeling liggen en in het ziekenhuis scheelt dit bedden.”

### Promoties

Als laatste voorbeeld van de sterke positie die verpleegkundig specialisten in het Erasmus MC inmiddels hebben, noemt Van der Linden het feit dat er in dit ziekenhuis al dertien verpleegkundig specialisten

zijn gepromoveerd. “De eerste was Mirjam Tielen, die op 6 april 2016 promoveerde op het proefschrift *Psychosocial aspects of medication nonadherence after kidney transplantation*. Dit was een belangrijke mijlpaal: zij was de allereerste verpleegkundig specialist die promoveerde. In 2022 volgde Leni van Doorn als zevende promovendus met haar onderzoek *Understanding and Managing Side Effects of Frequently Used Anticancer Drugs*. Daarnaast zijn er binnen de vakgroep, voor zover bij ons bekend, momenteel vijf verpleegkundig specialisten actief in een promotietraject. We zijn enorm trots op deze collega’s, die dit intensieve traject combineren met hun reguliere werk als verpleegkundig specialist en dus naast hun dagelijkse werkzaamheden promoveren.”

### Elkaar opzoeken

Van der Linden benadrukt tot slot hoe belangrijk de houding van verpleegkundig specialisten in relatie tot de andere zorgverleners is om uiteindelijk te komen tot verbetering van zorg. “Laten we onderling de verbinding met elkaar zoeken én met alle andere zorgverleners in het ziekenhuis. We moeten elkaar nóg meer opzoeken, van elkaar leren en elkaar vooral aanmoedigen. We doen het met elkaar!” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

# Handreiking helpt bij implementatie proactieve zorgplanning in ziekenhuizen

Op Palliaweb is de ‘Handreiking implementatie proactieve zorgplanning in ziekenhuizen’ gepubliceerd. Dit document is bedoeld als handvat voor projectleiders die met de implementatie van proactieve zorgplanning in het ziekenhuis aan de slag willen.

Proactieve zorgplanning is een vast onderdeel van de zorg voor patiënten in de palliatieve fase. Onderzoek heeft aangetoond dat proactieve zorgplanning nog niet in alle ziekenhuizen is verankerd in de zorg voor deze patiënten. Daarom is het stimuleren hiervan een van de speerpunten van de Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II). Een goede inbedding van proactieve zorgplanning in de ziekenhuizen is essentieel, omdat patiënten vaak dáár de diagnose van een ernstige ziekte krijgen en langdurige zorg ondergaan. De handreiking biedt een overzicht van de aandachtspunten bij de implementatie van proactieve zorgplanning. Zo is het belangrijk om vroegtijdig te starten met gesprekken in het kader van proactieve zorgplanning. Palliatieve zorg behoort gestart te worden zodra bekend

is dat een patiënt niet meer beter wordt. Daarnaast is voor succesvolle implementatie van de proactieve zorgplanning urgentiebesef in ziekenhuizen nodig. Daarbij is bestuurlijk draagvlak van belang, evenals een heldere visie en een sterke projectorganisatie. Ambassadeurs vanuit elke afdeling, de vakgroep en vanuit het Palliatief-adviesteam kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Een ander aandachtspunt is de inrichting van ict in ziekenhuizen: het moet mogelijk zijn om gegevens over proactieve zorgplanning op uniforme wijze te raadplegen, vast te leggen en te delen.

De handleiding is te raadplegen via [palliaweb.nl/zorgpraktijk/proactieve-zorgplanning/proactieve-zorgplanning-in-het-ziekenhuis](https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/proactieve-zorgplanning/proactieve-zorgplanning-in-het-ziekenhuis)

FREDRIKE >  
ZWIERS-BLOKZIJL

< SOPHIE  
BUNSKOEK

**Bunskoek:** “We zien de laatste jaren dat de groep onderzoekers vanuit het verpleegkundig vakgebied groeit”



# Community in UMC Groningen verbindt verpleegkundig onderzoekers met elkaar

In het UMC Groningen is een Nursing Research Hub opgericht om alle onderzoekers vanuit het verpleegkundig domein, zowel verpleegkundigen als verpleegkundig specialisten, meer met elkaar in contact te brengen om zo kennis en ervaring uit te wisselen. Dr. Fredrike Zwiërs-Blokzijl, verpleegkundig specialist en universitair docent, en verpleegkundig specialist AGZ Sophie Bunschoek, MANP, vertellen er enthousiast over.

Sophie Bunschoek werkt al meer dan twintig jaar als verpleegkundig specialist in het UMC Groningen (UMCG), waar ze onder meer neuro-endocriene tumoren als aandachtsgebied heeft. Ze doet nu al een klein jaar onderzoek binnen een PhD-traject. “Ik ben lid van de Nursing Research Hub, het is fijn om met onderzoekers binnen het verpleegkundig domein kennis en ervaring uit te wisselen. Het doel is om je werk nog meer op basis van *evidence* te kunnen doen.”

## Academisering van de verpleegkunde

Fredrike Zwiërs-Blokzijl is een van de initiatiefnemers van de Nursing Research Hub. Zij is na het volgen van een masteropleiding en een promotietraject in 2020 gepromoveerd binnen de cardiothoracale chirurgie. Ze werkt nog één dag in de week als verpleegkundig specialist, de overige drie dagen is ze actief in onderzoek in het UMCG. “Ik begeleid bijvoorbeeld promovendi, geef onderwijs en schrijf subsidieaanvragen. De academisering van de verpleegkunde vind ik belangrijk. Maar veel verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen die actief zijn in onderzoek of gepromoveerd zijn, vertrekken naar hogescholen. Wij willen ze juist behouden voor het ziekenhuis. Ik raakte hierover in gesprek met hoogleraar Evelyn Finnema. Zij vroeg samen met Dorien Blokker, de Chief Nursing Officer hier, of we onderzoekers binnen het UMCG bij elkaar zouden kunnen krijgen. Daarom heb ik in oktober 2024 in samenwerking met hen de Nursing Research Hub opgezet, een community van onderzoekers binnen het UMCG die één keer per zes weken tijdens een lunch bij elkaar komen.”

## Bijeenkomsten

Tijdens deze bijeenkomsten kunnen de deelnemers met elkaar van gedachten wisselen over onderzoek waar ze mee bezig zijn. Zwiërs: “We presenteren onderzoeklijnen, wie is waar mee bezig? Daarnaast

is er een kort rondje met mededelingen en hebben we elke bijeenkomst twee sprekers. Bijvoorbeeld iemand die vertelt over zijn eigen onderzoek of iemand van de Centrale Medische Bibliotheek die iets vertelt over zoekstrategieën.

Er is ook ruimte om je eigen onderzoeks idee te presenteren en daarvoor input te halen bij de andere deelnemers. Verder hebben we een Teamsomgeving waarin we ideeën kunnen uitwisselen en communiceren tussen verschillende disciplines. Ook in andere ziekenhuizen zijn er dergelijke netwerken van onderzoekers in het verpleegkundige domein, bijvoorbeeld in het Radboudumc in Nijmegen, het Amsterdam UMC en Isala in Zwolle.”

## Hoog aangestuurd

Bunschoek benadrukt dat de Nursing Research Hub is opgezet in opdracht van de Chief Nursing Officer. “Het is niet alleen een initiatief van onszelf, maar het is echt hoog aangestuurd. We zien de laatste jaren dat de groep onderzoekers vanuit het verpleegkundig vakgebied in het UMCG groeit. Vanuit de raad van bestuur en het hogere management is er veel aandacht voor het verpleegkundige domein en voor de positionering en professionalisering van de verpleegkundigen door de ontwikkeling van carrièrepaden.”

Zwiërs: “We willen vanuit de Nursing Research Hub veel interprofessioneel onderzoek doen, met medici en andere disciplines samen. Onderzoek doen draagt bij aan evidencebased handelen. Daardoor wordt de zorg beter.”

## Optimaliseren follow-up

Ter illustratie van het verpleegkundig onderzoek dat in het UMCG gebeurt, vertelt Bunschoek over haar eigen promotieonderzoek, waarmee ze nu zo'n tien maanden bezig is.

“Mijn onderzoek richt zich op het optimaliseren van de follow-up bij twee totaal verschillende patiëntengroepen. De eerste zijn patiënten met neuro-endocriene tumoren, een zeldzaam voorkomende, heterogene groep tumoren. In het UMCG hebben we een grote database van patiënten die ooit in ons ziekenhuis zijn gediagnosticeerd of behandeld. Al die data willen we uit het EPD halen en deze met een goed rekenprogramma of AI gaan analyseren. Kunnen we kenmerken vinden die aangeven dat bij bepaalde patiëntengroepen de follow-up minder intensief kan zijn? Kunnen we meer te weten komen over prognostische factoren dan nu bekend is vanuit de literatuur? Het uiteindelijke doel is om meer *tailoring* te krijgen van de follow-up.

De tweede groep zijn mannen die behandeld zijn met chemotherapie wegens testiscarcinoom. Bij deze groep doe ik al meer dan twintig jaar gestructureerde controles op late effecten van de behandeling. Ook deze data staan in een grote database. Welke late cardiovasculaire effecten treden bij hen op? Ik kijk daarbij ook naar het psychosociale stuk. Wat is de impact van kanker? De angst voor een recidief kan sterk aanwezig zijn. Ook kijk ik naar de impact van chemotherapie op de seksualiteit. Dat wordt in reguliere controles niet echt uitgevraagd, terwijl dit ook bij de late effecten hoort. De vraag is: welke adviezen zijn er gegeven en werden die opgevolgd? En hoe zou de opvolging beter kunnen?”

### Ondergeschoven kindje

Zwiers merkt aan het slot van het interview op dat onderzoek vanuit het verpleegkundig domein nog steeds een ondergeschoven kindje is. “Op veel plaatsen is onderzoek nog niet echt ingebed. Maar je wordt er als verpleegkundig specialist wel in opgeleid. Iedereen die affiniteit heeft met onderzoek, zou ik vooral willen stimuleren om toch meer nieuwsgierigheid en lef te tonen. Natuurlijk hoeft niet iedereen onderzoeker te worden. Je moet vooral doen waar je blij van wordt, want er gaat onwijs veel tijd zitten in onderzoek. Maar als je actief bent in onderzoek, wordt je praktisch daar wel beter van en kun je je eigen collega's ondersteunen. Dat is iets wat verpleegkundig specialisten goed kunnen gebruiken, omdat zij toch in een unieke positie zitten: een soort brugfunctie tussen de verpleegkundige en medische beroepsgroep. De Nursing Research Hub is daarbij voor ons een inspirerende plek: je komt er samen met gelijkgestemden en er is ruimte voor interdisciplinair onderzoek. Binnen de Hub werken we samen aan vraagstukken die de zorg in de volle breedte raken en dat vormt een stevige basis voor verdere verbetering van de kwaliteit van zorg.” |

Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Voor meer informatie:

[f.zwiers-blokzijl@umcg.nl](mailto:f.zwiers-blokzijl@umcg.nl) of [s.bunskoek01@umcg.nl](mailto:s.bunskoek01@umcg.nl)

## Notitie maakt bevoegdheden en bekwaamheden verpleegkundig specialisten helder

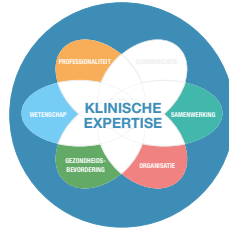
In de praktijk is er nog regelmatig discussie over de omvang en de reikwijdte van de bevoegdheid en bekwaamheid van verpleegkundig specialisten, ondanks dat deze beroepsgroep alweer 25 jaar bestaat. Daarom heeft V&VN in februari 2026 een notitie uitgebracht die hierover helderheid schept en verpleegkundig specialisten helpt bij het onderbouwen en versterken van hun professionele rol en positie.

De notitie is opgesteld door juristen en adviseurs van het V&VN-bureau. Het document schetst eerst de achtergrond van het ontstaan van de beroepsgroep verpleegkundig specialist. Vervolgens worden vijf met elkaar verweven aspecten verduidelijkt: de bevoegdheid van de verpleegkundig specialist, de bekwaamheid, de professionele standaard, de professionele autonomie en de interprofessionele samenwerking.

Een opvallend punt in de notitie is de constatering dat de aanvullende voorwaarden in de ‘Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten’ overbodig zijn. Deze voorwaarden vormen een begrenzing voor het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen door verpleegkundig specialisten. Daarbij wordt met name de voorwaarde dat een te verrichten handeling van beperkte complexiteit

moet zijn als een struikelblok ervaren. Deze voorwaarden zijn niet nodig, want BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren – en dus ook de verpleegkundig specialisten – dienen bij zichzelf vast te stellen of ze bevoegd en bekwaam zijn. Deze aanvullende voorwaarden belemmeren volgens de notitie nog steeds de optimale professionele beroepsuitoefening en ontwikkeling van de verpleegkundig specialist en moeten daarom worden geschrapt uit de genoemde regeling. Ze leiden er soms toe dat derden hun bevoegdheid en bekwaamheid beoordelen, iets wat strijdig is met de wet BIG.

De notitie is te raadplegen via [venvnv.nl/wp-content/uploads/2026/03/Bekwaamheid-en-bevoegdheid-verpleegkundig-specialist-250217-3-2.pdf](https://venvnv.nl/wp-content/uploads/2026/03/Bekwaamheid-en-bevoegdheid-verpleegkundig-specialist-250217-3-2.pdf)



# Geneesmiddelsluis instrument om zorgkosten beheersbaar te houden

De zorgkosten stijgen en er komen steeds meer dure oncolytica beschikbaar. Om de zorgkosten te beheersen, kijkt Zorginstituut Nederland kritisch of nieuwe, dure oncolytica echt waarde toevoegen aan de huidige behandelingen. Geneesmiddelen kunnen dan nadat ze op de Europese markt zijn toegelaten een periode ‘in de sluis’ zitten. Internist-oncoloog dr. Jolien Tol, werkzaam in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch, legt uit wat deze geneesmiddelsluis inhoudt.

De geneesmiddelsluis is een onderdeel van het traject waarin Zorginstituut Nederland de minister van VWS adviseert over de vergoeding van een nieuw geneesmiddel of uitbreiding van de indicatie van een bestaand geregistreerd geneesmiddel, zegt Jolien Tol. Zij is voorzitter van de Commissie Beoordeling Oncologische Medicatie (cieBOM) van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO). “Als de European Medicines Agency (EMA) besluit dat een geneesmiddel op de markt mag komen, betekent dit dat het effectief en veilig is voor toepassing bij de geïndiceerde patiëntenpopulatie. De EMA kijkt echter niet of een nieuw geneesmiddel echt wat oplevert voor patiënten wat betreft levensverlenging, kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit. Dat weegt elk land in de Europese Unie op dit moment nog zelf af. In Nederland worden geneesmiddelen pas vergoed als ze een duidelijke meerwaarde hebben voor de patiënt.”

“Verpleegkundig specialisten kunnen via V&VN input leveren, deze vereniging zit ook bij het Zorginstituut aan tafel”

## Toetsen

Welke geneesmiddelen gaan in de sluis vóóordat ze eventueel vergoed worden? Tol: “Geneesmiddelen voor één of meerdere nieuwe indicaties die Nederland naar verwachting minstens 20 miljoen euro per jaar kosten óf geneesmiddelen die in totaal minstens 10 miljoen euro per jaar kosten én minimaal 50.000 euro per jaar per patiënt. De minister besluit hiertoe op basis van de indicatie waarvoor de EMA het geneesmiddel heeft goedgekeurd en het advies vanuit het Zorginstituut. Het Zorginstituut gaat dan eerst toetsen of de kosten van deze dure geneesmiddelen in verhouding staan tot de baten voor de patiënt en de maatschappij. Is dat zo, dan kan het Zorginstituut de minister van VWS positief adviseren over toelating tot het basispakket en begint de prijsonderhandeling door de minister. Als dit succesvol wordt afgerond, kan een geneesmiddel uit de sluis en wordt het vergoed vanuit het basispakket.”

## Tijdrovend en ingewikkeld

De beslisprocedure of een geneesmiddel de sluis uit mag, is een ingewikkeld en tijdrovend proces, aldus Tol. “Het kan soms jaren duren voordat een veelbelovend, maar duur geneesmiddel daadwerkelijk kan worden voorgeschreven. Vanaf de eerste positieve presentatie op een congres duurt het maanden tot soms bijna een jaar voordat de EMA een positief advies geeft voor markttoelating. Beslist de minister dat dit middel in de sluis moet, dan volgt de sluis-



< JOLIEN  
TOL

“Dure geneesmiddelen  
zitten gemiddeld  
ongeveer zestien  
maanden in  
de sluis”

## “Het is belangrijk om met zijn allen echt zorgvuldige keuzes te maken; het aantal patiënten met een indicatie voor dure geneesmiddelen neemt toe”

procedure, waarin het Zorginstituut toetst of het nieuwe geneesmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, of het kosteneffectief is en wat de impact op het totale geneesmiddelenbudget is. Daarvoor krijgt het Zorginstituut advies van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR). Als cieBOM schrijven we beoordelingsrapporten over nieuwe oncolytica, die weer gebruikt worden als input voor de WAR. Daarnaast is er de Adviescommissie Pakket, die in actie komt ná een positief advies van de WAR. Die geeft het Zorginstituut advies over de maatschappelijke afwegingen die gelden bij de introductie van een nieuw geneesmiddel, bijvoorbeeld of het nieuwe geneesmiddel of de uitbreiding van een bestaande indicatie van een geregistreerd geneesmiddel verantwoord te betalen is en of het nieuwe geneesmiddel past in het zorgsysteem. Vraagt het een logistiek die we helemaal niet hebben? Is de introductie van het middel uitvoerbaar? Van dit alles wordt een rapport gemaakt, dat de raad van bestuur van het Zorginstituut gebruikt bij haar advisering aan de minister. Bij een positief advies is het aan de minister om eventuele prijsonderhandelingen met de fabrikant te starten. Ook deze onderhandelingsfase kan tijdrovend zijn. Uit cijfers van 2015 tot 2022 blijkt dat dure geneesmiddelen gemiddeld ongeveer zestien maanden in de sluis zitten, voordat ze in het verzekerde pakket worden opgenomen.”

### Voorbeelden

Welke geneesmiddelen in de sluis zitten is online te volgen via het dashboard Doorlooptijden Geneesmiddelen van het ministerie van VWS. Tol noemt enkele voorbeelden van oncolytica die in de sluis zaten of nog zitten. “Momenteel zit trastuzumab deruxtecan voor de indicatie HER2-low borstkanker nog in de sluis. Het Zorginstituut adviseerde positief over de effectiviteit, maar de prijsonderhandelingen met de fabrikant lopen nog, waardoor het nog niet wordt vergoed uit het basispakket. Voor de indicatie uitgezaaide HER2-positieve borstkanker na eerdere anti-HER2-therapie is trastuzumab deruxtecan sinds april 2024 uit de sluis. Een ander middel dat sinds begin 2026 uit de sluis is, is enfortumab vedotin in combinatie met pembrolizumab als eerstelijnsbehandeling voor gemetastaseerd urotheelcarcinoom.”

### Twee kanten

Het concept van de geneesmiddelsluis heeft voor Tol twee kanten. “Als behandelaar wil ik mijn patiënten enerzijds niet blootstellen aan geneesmiddelen die veel bijwerkingen hebben, maar die weinig toevoegen aan de behandeling. Anderzijds kan de sluisprocedure vertragend werken en ervoor zorgen dat we als dokters soms lang moeten wachten voordat we een middel kunnen inzetten. Zo had ik de combinatie enfortumab vedotin en pembrolizumab, die recent uit de sluis is gehaald, graag eerder beschikbaar gehad voor patiënten met urotheelcarcinoom. Vanuit maatschappelijk oogpunt begrijp ik dat het ook nodig is om de kosten voor dure geneesmiddelen beheersbaar te houden.”

### Toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen

Dit dilemma is het vertrekpunt van een nieuw initiatief van het Zorginstituut: het toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen (TSG). Het doel hiervan is om goede geneesmiddelen sneller beschikbaar te krijgen voor de juiste patiënten voor een redelijke prijs. Een van de aspecten hiervan is dat het Zorginstituut al zo vroeg mogelijk wil weten, het liefst nog voor het EMA-besluit over marktoelating, hoeveel en welke patiënten in Nederland in aanmerking komen voor het nieuwe geneesmiddel. Daarvoor is input nodig vanuit de wetenschappelijke verenigingen van de betrokken beroepsgroepen. Binnen de medische oncologie is dat de NVMO, waarbij de cieBOM de beoordelingsrapporten over nieuwe medicatie schrijft aan de hand van de zelf opgestelde PASKWIL-criteria. “Deze beoordelingsrapporten vormen de input voor het zogeheten PIG-formulier (praktijkomschrijving introductie geneesmiddel) dat wij invullen en dat het Zorginstituut gebruikt om in kaart te brengen om hoeveel en welke patiënten het gaat. Zo kan het Zorginstituut de potentiële budgetimpact van het nieuwe geneesmiddel berekenen en beoordelen of dit eerst nog in de sluis moet.”



“Om nog beter nieuwe behandelingen toe te kunnen wijzen aan de patiënten die daar écht baat bij hebben, heeft de cieBOM recent de PASKWIL-criteria aangepast”



^ JOLIEN TOL

### PASKWIL-criteria aangepast

Om nog beter nieuwe behandelingen toe te kunnen wijzen aan de patiënten die daar écht baat bij hebben, heeft de cieBOM recent de PASKWIL-criteria aangepast, zo geeft Tol aan. “In november 2025 zijn deze criteria aangepast. We hadden al criteria voor palliatieve en adjuvante studies, maar nog niet voor neoadjuvante en perioperatieve studies, terwijl toch steeds meer behandelingen neoadjuvant plaatsvinden. Nu hebben we criteria ontwikkeld voor de hele curatieve setting: adjuvant, neo-adjuvant en perioperatief. Een criterium is dat we alle in opzet curatieve studies definitief beoordelen aan de hand van data over de algehele overleving volgens dezelfde effectiviteitsgrenzen die al vastgesteld waren voor adjuvante studies. Een voorlopige beoordeling op basis van ziektevrije overleving doen we alleen bij adjuvante studies. Dus een neoadjuvante studie waar nog geen overlevingsdata van zijn, beoordelen we nog niet. Op deze manier kunnen we alle curatieve studies op een uniforme en transparante wijze beoordelen.”

### Niet op één bord schaken

De boodschap die Tol tot slot aan verpleegkundig specialisten wil meegeven: “We horen veel over nieuwe veelbelovende geneesmiddelen. Het liefst wil je die meteen op maandagmorgen voorschrijven. Maar tussen positieve studieresultaten en vergoeding ligt een heel traject

waarbij veel partijen zijn betrokken. Je kunt niet even op één bord schaken om de doorlooptijd van een geneesmiddel te verkorten. Belangrijk is dat voorschrijvers aan tafel zitten bij het Zorginstituut en aangeven welke behandelingen wel of niet zinvol zijn. Ook verpleegkundig specialisten kunnen via V&VN input leveren, deze vereniging zit ook bij het Zorginstituut aan tafel. Het is belangrijk om met zijn allen echt zorgvuldige keuzes te maken, want het aantal patiënten met een indicatie voor dure geneesmiddelen neemt toe, mede door de trend om meer nieuwe geneesmiddelen korter na de diagnose in te zetten.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

### Voor meer informatie over de geneesmiddelensluis: Pakketinstroom van geneesmiddelen.

Te raadplegen via [open.overheid.nl/documenten/398711aa-05ee-4d82-bbdc-0493bbc399af/file](https://open.overheid.nl/documenten/398711aa-05ee-4d82-bbdc-0493bbc399af/file)

### Overzicht geneesmiddelen in de sluis.

Te raadplegen via [www.zorginstituutnederland.nl/wat-wij-doen/programmas-en-samenwerkingsverbanden/horizonscan-geneesmiddelen/sluis-voor-dure-geneesmiddelen/overzicht-geneesmiddelen-in-de-sluis](https://www.zorginstituutnederland.nl/wat-wij-doen/programmas-en-samenwerkingsverbanden/horizonscan-geneesmiddelen/sluis-voor-dure-geneesmiddelen/overzicht-geneesmiddelen-in-de-sluis)

#### KADER

## Overzicht van de kosten voor vijf geneesmiddelen die in de sluis zitten/zaten

Bron: [Medicijnkosten.nl](https://www.medicijnkosten.nl)

De hieronder weergegeven prijzen zijn de lijstprijzen, de werkelijke prijs die het ministerie van VWS en de geneesmiddelfabrikanten zijn overeengekomen, is geheim.

- **Trastuzumab deruxthan (Enhertu®):**  
1 injectieflacon 100 mg poeder voor oplossing voor infusie kost € 1.354,87
- **Trastuzumab emtansine (Kadcyla®):**  
1 injectieflacon 100 mg poeder voor oplossing voor infusie kost € 1.807,86, 1 injectieflacon 160 mg kost € 2.889,78
- **Enfortumab vedotin (Padcev®):**  
1 injectieflacon 20 mg poeder voor oplossing voor infusie kost € 692,67, 1 injectieflacon 30 mg kost € 1.039,02
- **Pembrolizumab (Keytruda®):**  
1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie (25 mg/ml) kost € 2.860,57
- **Talazoparib (Talzenna®):**  
Gemiddelde prijs per 30 stuks: capsule 0,1 mg € 454,02, capsule 0,25 mg € 1.130,04, capsule 1 mg € 4.943,53



# Succesvol debatteren

Verpleegkundig specialisten nemen steeds vaker een voortrekkersrol in overleggen, richtlijnencommissies en multidisciplinaire besprekingen. Binnen die context groeit hun wens om scherper te formuleren, zichzelf helderder te positioneren en krachtiger te reageren. Sharon Kroes, spreker en trainer over overtuigingskracht, biedt hun hiervoor een aantal praktische handreikingen.

Debatvaardigheden kunnen op belangrijke wijze bijdragen aan de professionele impact die verpleegkundig specialisten kunnen maken, is de overtuiging van Sharon Kroes. “Het is zaak dat zij in vergaderingen in staat zijn een punt zo te brengen dat het blijft hangen”, zegt hij, “en dat zij het verschil begrijpen tussen reageren en overtuigen. Ook is het belangrijk dat zij de kunst beheersen van het vragen stellen, en dat ze andermans drogredenen vriendelijk, maar vastbesloten kunnen pareren. Op basis van deze vaardigheden kunnen zij de regie pakken zonder dominant te worden.”

Iedereen zal het gevoel kennen, stelt hij, dat je zeker weet dat je gelijk hebt, maar toch moeite ondervindt om de ander daarvan te overtuigen. “Dan kan het gebeuren dat je pas uren na de vergadering bedenkt wat je had moeten zeggen om dat voor elkaar te krijgen”, zegt hij. “Maar dat is te laat, dan heb je je kans gemist. Belangrijk in discussies is: het zweet hoort op de juiste rug.”

## Psychologie

In de kunst van het debatteren spelen verschillende vakgebieden een rol, stelt Kroes: de belangrijkste zijn psychologie en argumentatieleer. “Laten we ze stuk voor stuk nader uitdiepen”, zegt hij, “om te beginnen de psychologie. Een belangrijk aspect hierin is de kokerillusie. In een gesprek, zoals een vergadering, komen altijd veel argumenten voorbij. Voor je brein is het nauwelijks mogelijk om op al die argumenten te reageren. Je hebt dan nauwelijks regie over het gesprek. Het gevolg is dat datgene waarop je reageert centraal komt te staan in het gesprek. Bedenk dus vooraf waarop je wel en niet wilt reageren. Zeker als de groep waarin je vergadert groter is. Want dan wordt het aantal argumenten dat wordt aangevoerd ook groter en de kokerillusie daarmee eveneens.”

Een tweede aspect binnen de psychologie om rekening mee te houden is de negativiteitsreflex. Kroes legt uit: “Stel: iemand voert in een vergadering drie punten aan. Met twee daarvan ben je het eens, maar met het derde pertinent niet. De negativiteitsreflex is dan op dat derde punt te reageren en daar tegenin te gaan. We zijn veel te

veel geneigd om dingen in gesprekken te weerleggen. Dat helpt een vergadering niet verder.”

## Argumentatieleer

Het tweede vakgebied dan, argumentatieleer. “Hierin maken we onderscheid tussen een argument en een standpunt”, zegt Kroes. “Het argument is de onderbouwing van het standpunt. Veel mensen voeren standpuntdiscussies. Het gevolg hiervan is dat je, voor dat je het weet, een half uur zit te bespreken waarom het standpunt van de ander niet goed is. Dan ontbreekt een centraal doel in het gesprek. Dus: komt iemand met een oplossing, een standpunt, waarmee je het niet eens bent, ga er dan vanuit dat hij het over een ander probleem heeft.”

Alternatieve termen voor een argument zijn probleem of ambitie. “Een goede discussie is een probleem- of ambitiesdiscussie”, zegt Kroes. “Denk in een discussie niet in oplossingen, maar in problemen: welk probleem zitten we hier op te lossen? De kunst van het overtuigen is je probleem erdoor krijgen. Bedenk dus vooraf welk punt je in een discussie centraal wilt stellen en wat je kunt doen als dat ineens niet meer centraal staat. Boodschapsdiscipline is belangrijk voor je verhaal.” Een onderschat aspect in de argumentatieleer, stelt Kroes, is de kracht van toegeven. “Heel veel van wat in een discussie wordt gezegd is feitelijk waar, maar wordt in je brein geïnterpreteerd als een tegenargument”, zegt hij. “Toegeven – gewoon iets zeggen als: ‘klopt’, ‘zeker’ of ‘ongetwijfeld’ – haalt de angel uit de discussie. Het geeft je de ruimte om terug te gaan naar je eigen probleemstelling met

“Denk in een discussie niet in oplossingen, maar in problemen: welk probleem zitten we hier op te lossen?”

een brugzin: 'Ik doe even een stapje terug', of 'Als ik het even breder mag trekken...'. Of om een sturende vraag te stellen waarin je eigen punt of argument zit: 'Hoe kijk jij aan tegen...?'. Daarmee dwing je de ander om op jouw punt te reageren."

### Horizontaal en verticaal

Er zijn nog drie vragen om rekening mee te houden: de horizontale en verticale vraag en de hoe-vraag. Kroes: "Bij een horizontale vraag gaat het erom de vraag breder te trekken, om te voorkomen dat je eindeloos over een argument blijft discussiëren. Bijvoorbeeld: 'Ben je het er niet mee eens? Prima, dan gaan we even kijken wat de rest van de groep ervan vindt'. De zwijgers stimuleren om mee te praten dus."

De verticale vraag is bedoeld om de diepte in te gaan. Kroes: "Een voorbeeld hiervan is: 'Waarom is dit voor jou belangrijk?' of 'Kun je hier nog wat meer over zeggen?'. Het is een benadering vanuit het positieve.

Ben je het in de vergadering uiteindelijk eens over wat het probleem is, dan komt de hoe-vraag: 'Hoe gaan we dit oplossen?'. "Misschien heeft een ander dan wel een oplossing waaraan je zelf niet hebt gedacht", zegt Kroes. "En als niemand iets weet, geeft dat jou de kans om je eigen oplossing te presenteren."

### Blokkades

Dan zijn er nog steeds reacties waardoor een vergadering kan ontsporen die de moeite waard zijn om bij stil te staan. Drogredenen bijvoorbeeld: 'We doen het altijd zo'. Kroes: "De beste reactie hierop is: 'Ongetwijfeld, maar het probleem dat ik nu heb, is...'. Of uitvoering-blokkades als 'Mooi idee, maar hier hebben we geen tijd voor. "Hierbij past dezelfde reactie", zegt Kroes. "Als het budget de blokkade is, is het lastiger. Dan is 'Help me even' goed bruikbaar."

Weer een andere hindernis is de overhaaste generalisatie: 'Ik ken een voorbeeld waarbij dit niet goed is gegaan'. Kroes: "Het voorbeeld klopt vaak, maar het wordt ten onrechte gegeneraliseerd. Dus is de juiste reactie: 'Dat voorbeeld zal kloppen, maar...'"

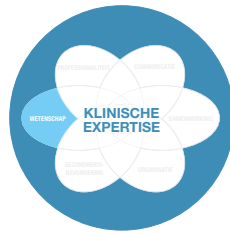
### Stapsgewijs

Het zijn allemaal vaardigheden, zegt Kroes afsluitend, die verpleegkundig specialisten in vergaderingen kunnen gebruiken om hun punt beter over het voetlicht te brengen. "Je kunt niet van jezelf verlangen dat je ze allemaal in één keer succesvol kunt toepassen", zegt hij. "Pik er dus één uit en ga daarmee aan de slag. Als je dat onder de knie hebt en merkt dat het werkt, voeg er dan een tweede aan toe. En zo verder. Zo vergroot je stapsgewijs je invloed binnen de organisatie." | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

FOTO DEBAT.NL

"Het argument is de onderbouwing van het standpunt. Veel mensen voeren standpuntdiscussies"

< SHARON KROES



# Relatie tussen de fasen van de menstratiecyclus en chemotherapie bij borstkanker

In de zorg is voor de afstemming van geneesmiddelen veel te lang geen of onvoldoende rekening gehouden met de fysiologie van vrouwen. Prof. dr. Sabine Linn (internist-oncoloog in het Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam) brengt hierin verandering. Ze startte de Chemosense-studie, om de invloed te bepalen van de verschillende fasen van de menstratiecyclus op de werkzaamheid van systemische behandeling voorafgaand aan een operatie voor borstkanker. Om te beginnen bij triple-negatieve borstkanker stadium I-III. Maar daar zal het niet bij blijven, als het aan Linn ligt.

In haar lezing tijdens het 13<sup>e</sup> VSO Voorjaarssymposium stelde Sabine Linn aan de aanwezigen de vraag of sprake is van gelijkheid tussen de seksen ten aanzien van de kennis over geneesmiddelen. De reactie was overweldigend: nee. De jaarlijkse internationale vrouwendag bestaat juist om bij de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen stil te staan. Ongelijkheid op veel gebieden, zeker ook in medisch perspectief. “Om te verklaren waarom die medische ongelijkheid bestaat, moeten we terug in de geschiedenis”, vertelt ze. “Voor 1950 werd de geneeskunde gedomineerd door mannelijke artsen. Nieuwe geneesmiddelen werden ook uitsluitend op mannen getest, niet op vrouwen. Dit leidde eind jaren vijftig/begin jaren zestig tot het thalidomide-schandaal. Vrouwen kregen het slaap- en kalmeringsmiddel Softenon tegen ochtendmisselijkheid, waardoor ongeveer tienduizend kinderen werden geboren met misvormde ledematen. Het duurde vijf jaar voordat duidelijk werd dat het aan dit middel lag. Daarna werd het van de markt gehaald.”

## Vrouwen en geneesmiddelonderzoek

Als uitvloeisel van het thalidomide-schandaal werd in 1977 bepaald dat vrouwen in de vruchtbare leeftijd niet meer mochten deelnemen aan geneesmiddelonderzoek. “Een beslissing met ongetwijfeld een goede bedoeling”, zegt Linn. “Maar ook een met een nadeel, want het betekende dat geen kennis werd opgebouwd over de relatie tussen effecten van geneesmiddelgebruik en de menstruele cyclus of een eventuele zwangerschap. Het duurde tot 1993 voordat in de

Verenigde Staten bij wet werd geregeld dat vrouwen wel moesten worden meegenomen in klinische studies. Mooi weliswaar, maar we zijn er nog lang niet.”

Wat ook speelde, was dat in preklinisch onderzoek lang geen rekening werd gehouden met de vraag of het belangrijk was onderscheid te maken tussen mannelijke en vrouwelijke proefdieren. “Het idee was lang dat vrouwelijke proefdieren de homogene studie-uitkomsten zouden verstoren”, zegt Linn. “Ook nu nog wordt in het merendeel van de preklinische studies gewerkt met mannelijke proefdieren. Soms wordt ook niet gemeld of met de sekse van de proefdieren rekening is gehouden.”

## Folliculaire en luteale fase

De rol van vrouwen in onderzoek naar de werking van geneesmiddelen kreeg een impuls toen kankeronderzoeker Jacco van Rheenen bij zijn onderzoek naar borstkanker de vraag voorgelegd kreeg of kankercellen zich vaker delen in de folliculaire dan in de luteale fase van de menstruele cyclus. “De achterliggende vraag was of dit dan ook invloed had op de behandeling met chemotherapie”, vertelt Linn.

“Om daarop een antwoord te vinden, zijn we in preklinisch onderzoek de menstruele cyclus van muizen gaan onderzoeken. Het blijkt dat kankercellen in muizen tijdens de folliculaire fase veel sneller delen dan in de luteale fase. In de luteale fase is de diameter van de bloedvaten kleiner, wat de passage van geneesmiddelen beperkt. Bovendien zijn de cellen dan minder gevoelig voor chemotherapie.”



FOTO ANDRÉ JAGT

“Het duurde tot 1993 voordat in de Verenigde Staten bij wet werd geregeld dat vrouwen meegenomen in klinische studies”

▲ SABINE LINN

Vervolgonderzoek toonde aan dat het effect van chemotherapie in de luteale fase minder is dan in de folliculaire fase.

#### Invloed op de respons

“Dat was dus in muizen”, vertelt Linn. “De vervolgstap was te onderzoeken of dit bij mensen ook het geval is.” Die vraag leidde tot een retrospectieve cohortstudie op basis van data van vrouwen met hormoonreceptor-positieve en -negatieve borstkanker. Linn: “Tijdens de menstruatiecyclus fluctueert het progesteron gehalte. Het is laag in de folliculaire fase en hoog in de luteale fase. Dit bleek invloed te hebben op de pathologisch complete respons op de behandeling met chemotherapie: in de folliculaire fase is die 24%, in de luteale fase 8%. In die fase is ook meer sprake van progressie. Bij triple-negatieve borstkanker blijkt dit verschil in pathologisch complete respons nog veel groter: 82% versus 13%.”

In beide gevallen resultaten op basis van een kleine set patiënten, stelt Linn. “Maar we waren er toch wel van onder de indruk. Voldoende om verder onderzoek te doen.”

#### Prospectieve studie

Dit vervolgonderzoek is er nu, de Chemosense-studie.<sup>1</sup> Een prospectieve, multicenter observatieve studie naar de vraag of de fase van de menstruatiecyclus van invloed is op het effect van de chemotherapie. In eerste instantie bij vrouwen met triple-negatieve borstkanker stadium I-III.

“De verwachting is dat de pathologisch complete respons in de luteale fase fors lager zal zijn”, zegt Linn. “Als dit blijkt te kloppen, gaan we als vervolg een grotere studie doen waarbij we gaan timen in de cyclus.” De strikte inclusiecriteria maken het moeilijk om voor dit onderzoek tot voldoende patiëntenaantallen te komen. De vrouwen mogen bij-

voorbeeld voor de start niet hebben deelgenomen aan een IVF-traject voor eicelpreservatie. Ze mogen geen gebruikmaken van GnRH-analogen en ze mogen geen andere actieve maligniteit hebben. “Daarom hebben we ervoor gekozen om in samenwerking met het Antoni van Leeuwenhoek een tweede cohort te starten waarin alle jonge vrouwen met triple-negatieve borstkanker mogen participeren”, zegt Linn. “Ook werken we samen met België aan een derde cohort, van vrouwen met HER2+ borstkanker. Zo hopen we met deze prospectieve studie de bevindingen uit onze eerdere retrospectieve studie te kunnen bevestigen.”

#### Vervolg vragen

Wat Linn betreft is dit nog slechts het vertrekpunt. “Een interessante vraag is bijvoorbeeld wat de invloed van de menstruele cyclus is op andere tumorsoorten”, vertelt ze. “In eerste instantie dachten we ook al die invloed tumoronafhankelijk te gaan onderzoeken. Maar het bleek te complex om voor zulk onderzoek projectfinanciering te krijgen. Toch zijn bijvoorbeeld ook eierstok- en darmkanker interessante onderzoeksgebieden. En naast de relatie tussen de menstruele cyclus en chemotherapie wellicht ook de relatie met immunotherapie.”

En invloed naar de relatie bij postmenopauzale vrouwen? “Dat is nog braakliggend terrein”, zegt Linn. “We weten nog niet of tumoren in die fase hetzelfde reageren als in de menopauzale fase of niet. Dit is pas het begin van het besef dat we hier veel meer onderzoek naar moeten gaan doen.” | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

#### Referentie

1. Borstkanker: Chemosense-studie. Te raadplegen via [www.avl.nl/alles-over-kanker/informatie-over-klinische-studies/trials/trials/borstkanker-chemosense-studie-m23cmc](http://www.avl.nl/alles-over-kanker/informatie-over-klinische-studies/trials/trials/borstkanker-chemosense-studie-m23cmc)



# Nauwe samenwerking tussen neurochirurg en verpleegkundig specialist bij wakkere hersentumoroperaties

Wakker opereren van mensen met een hersentumor helpt om belangrijke functies te sparen. Het Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag, is een expertisecentrum op het gebied van deze operaties. Neurochirurg prof. dr. Marike Broekman en verpleegkundig specialist AGZ Nyhree van Drie, MSc, die daarbij nauw samenwerken, vertellen over deze operaties. “Voorafgaand aan de operatie spreken we uitgebreid met de patiënt.”

Het Haaglanden Medisch Centrum (HMC) is in de regio Den Haag-Leiden hét expertisecentrum als het gaat om operaties van hersentumoren. Een bijzonder type operatie zijn de operaties waarbij de patiënt volledig bij bewustzijn is tijdens de operatie. Deze ingrepen worden toegepast bij verschillende typen hersentumoren, vooral laaggradige gliomen en kwaadaardige glioblastomen, en in mindere mate ook bij hersenmetastasen van tumoren elders in het lichaam. Patiënten zijn voornamelijk vijftigers, maar deze tumoren komen ook bij mensen van 80 of 20 jaar oud voor.

Het feit dat de patiënt bij bewustzijn is, zorgt dat de neurochirurg tijdens de operatie allerlei tests kan uitvoeren om na te gaan of belangrijke functies intact blijven. Deze operaties vergen uitgebreide voorlichting over de ingreep, waarin patiënten van stap tot stap worden meegenomen. Marike Broekman en Nyhree van Drie werken daarbij intensief samen, maar ook de anesthesist en de linguïst – een taalwetenschapper – spelen hierbij een belangrijke rol.

## Belangrijke functies sparen

Broekman, die behalve neurochirurg bij het HMC ook hoogleraar Translationele neuro-oncologie in het Leids Universitair Medisch Centrum in Leiden is, vertelt over het belang van wakkere hersen-

operaties bij hersentumoren. “Het doel van wakker opereren is om zoveel mogelijk de hersengebieden die belangrijke functies aansturen, zoals de spraak, het gezichtsvermogen, de kracht en muzikaliteit, te sparen. Vooraf bespreek ik uitgebreid wat de patiënt na de operatie nog wil kunnen. Wat is de rol van de patiënt in het dagelijkse leven? Zijn er kinderen om voor te zorgen? Heeft iemand een baan en mogen vaardigheden daarvoor niet worden verloren? Wil iemand nog een berg kunnen beklimmen? Wil iemand nog kunnen lezen? Wat drijft iemand? Het is belangrijk om iemand voorafgaand aan de operatie echt te leren kennen. Hersengebieden die cruciaal zijn voor belangrijke functies wil je niet beschadigen. Tegelijkertijd wil ik zoveel mogelijk tumorweefsel kunnen weghalen.”

## Stroompje

Tijdens de drie tot vier uur durende operatie, als de schedel geopend is en de patiënt bij bewustzijn is, stimuleert Broekman met een stroompje de hersenen. “Ik kan dan precies lokaliseren tot hoever ik kan gaan bij het weghalen van de tumor, zonder cruciaal hersenweefsel te beschadigen. Op deze manier kan ik de tumor maximaal verwijderen. Voor patiënten is dit soms spannend. Door het prikkelen van de hersengebieden met een stroompje kunnen bepaalde functies uitvallen. Een patiënt merkt ineens dat zijn kracht of spraak weg is. Tijdens de operatie stel ik de patiënten gerust en bemoedig ze regelmatig. ‘U doet het goed.’ Behalve het technisch uitvoeren van de operatie loodsen we ook als coach de patiënt door de operatie heen.”

## Vorbereidende gesprekken

Hoewel veel mensen als ze voor het eerst horen over een wakkere

**Broekman:** “Tijdens de operatie stel ik de patiënten gerust en bemoedig ze regelmatig”

MARIKE >  
BROEKMAN

NYHREE >  
VAN DRIE

H+  
MC

H+  
MC

**Van Drie:**

“Iemands karakter kan veranderen, wat sterke invloed kan hebben op familie- en gezinsbanden”

## Van Drie: “Vaak komen na de operatie de vragen of de emoties los”

operatie, dit eng vinden klinken, kiezen ze er toch vaak voor zo'n operatie te ondergaan. Ze vinden het behoud van voor hen cruciale functies te belangrijk, iets wat bij een operatie onder volledige narcose minder goed is te garanderen. Broekman. “Zelfs mensen die bang zijn voor de tandarts durven vaak toch een wakkere hersenoperatie te laten uitvoeren.”

Cruciaal hierbij zijn uitgebreide voorbereidende gesprekken, vertelt Van Drie. “Voorafgaand aan de operatie heeft een patiënt vier gesprekken: met de neurochirurg, met mij of mijn collega-verpleegkundig specialist, met de anesthesist en met de linguïst, die tijdens de operatie tests uitvoert voor spraak/taal, gevoel en cognitie.”

### Hartaanval

Niet alle patiënten komen echter in aanmerking voor een wakkere operatie. Dat wordt bepaald door de locatie van de tumor en het totaalplaatje van de toestand van de patiënt, ook in overleg met de anesthesist, zegt Broekman. “Is iemand cardiologisch en pulmonaal stabiel genoeg om een wakkere operatie te ondergaan? Soms zijn mensen zo gestrest dat ze ook in fysiek opzicht zo'n operatie niet trekken. Een man kreeg een hartaanval toen hij nog maar een eerste prikje kreeg. In zo'n geval is het beter om iemand onder narcose te opereren. Belangrijk is ook dat een patiënt op een comfortabele manier kan worden geopereerd. Zo kreeg iemand met een hersentumor in de thuissituatie een epileptische aanval, met een gebroken hand en gebroken ribben als gevolg. Comfortabel liggen bij een wakkere operatie is dan zeer uitdagend.”

### Samenwerking

Rondom hersenoperaties werken neurochirurg en verpleegkundig specialisten nauw samen, een samenwerking die volgens Van Drie en Broekman buitengewoon plezierig verloopt. Broekman waardeert het erg dat Van Drie bijvoorbeeld heeft geregeld dat er mensen beschikbaar zijn die linguïstische tests tijdens de operatie vertalen in bijvoorbeeld het Pools, Engels, Oekraïens, Spaans, Kantonees en Arabisch. De rol van Van Drie ervaart ze als waardevol, een rol die al begint als patiënten door hun neuroloog worden verwezen vanuit het HMC of een extern ziekenhuis.

Van Drie “Vanuit de neurologie worden de patiënten aangemeld voor ons multidisciplinair overleg (MDO). Soms brengt de neuroloog zelf de patiënt in of mijn collega of ik doe dat en we koppelen dan de uitslag van het MDO terug aan de patiënt of neuroloog. Als het advies een operatie is, gaan we als team aan de slag om alles zo snel mogelijk te plannen, soms nog dezelfde week. Wij spreken daarna uitvoerig met de patiënten. Belangrijk is dat de patiënten voor en tijdens de operatie niet voor verrassingen komen te staan en alle stappen precies weten. Soms start ik alvast een behandeling, zoals dexamethason om oedeem rond een glioom te verminderen.”

### Nazorg

Een belangrijk onderdeel van het werk van Van Drie is de nazorg, waarbij de context van de patiënt zwaar weegt. “Daar is Nyhree goed in”, zegt Broekman. “We hebben nu een patiënt waar het niet goed mee gaat. Zij heeft twee kleine kinderen thuis en de vader is niet in beeld. Nyhree legt dan bijvoorbeeld contact met de huisarts over de thuis-situatie. De patiënt is ziek, maar het hele systeem eromheen lijdt mee.” Van Drie: “Ik ben regievoerend behandelaar tussen de externe verwijzer, de neurochirurg, anesthesist, linguïst, radiotherapeut, oncoloog en huisarts. Na de operatie begeleid ik de familie, inclusief eventuele kinderen, in het verdere behandeltraject, waarin patiënten bijvoorbeeld nog chemotherapie of bestraling krijgen. Verder denk ik na de operatie mee over de behoeftes van de patiënt. Kan die naar huis of moet iemand terug naar een extern ziekenhuis? Welke vorm van revalidatie is nodig? De patiënt komt bijna altijd terug bij de neurochirurg en bij mij. Vaak komen dan de vragen of komen de emoties los.”

### Impact op het leven

De impact van hersentumoren op het leven van patiënten en hun naasten is groot, geeft Van Drie aan. “Voor de patiënt zelf is er de angst om meer klachten te krijgen, niet meer te kunnen wat ze konden, en de eventueel naderende dood, zeker bij glioblastomen. Verder kunnen tumoren leiden tot bijvoorbeeld epileptische aanvallen en een heel scala aan neurologische klachten: spraakverandering, gezichtsvelduitval, verlamming van een arm en/of been en verandering van cognitie. Ook kan iemands karakter veranderen, wat sterke invloed kan hebben op familie- en gezinsbanden. Daarom organiseren we vier thema-avonden per jaar waar de naasten van patiënten welkom zijn. Ze kunnen onderling ervaringen uitwisselen en een neuropsycholoog en de verpleegkundig specialist houden lezingen over thema's als cognitieverandering, rouw en epilepsie. Dat is het mooie aan ons vak: je kunt patiënten ondersteunen in een moeilijke en soms de laatste fase van hun leven.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist



## INTERVIEW

# Een patiëntvriendelijke aanpak bij opioïdgeïnduceerde obstipatie

Obstipatie is een veelvoorkomende bijwerking van opioïden. Toch blijkt uit Europees onderzoek dat het management van opioïdgeïnduceerde obstipatie vaak tekortschiet.<sup>1</sup> Om de zorg voor deze patiënten in Nederland te verbeteren, werkt dr. Filip de Vos (internist-oncoloog, UMC Utrecht) aan een praktisch stappenplan op basis van de nieuwste inzichten, waarin patiëntvriendelijkheid centraal staat.

Obstipatie door opioïden is geen zeldzame bijwerking. “Van patiënten met uitgezaaide kanker krijgt ongeveer driekwart vroeg of laat morfine toegediend. Van hen ervaart circa 80% obstipatieklachten,” licht Filip de Vos toe. De impact is aanzienlijk: patiënten voelen een constante druk op de kringspier zonder ontlasting, hebben vaker last van aambeien, passen hun voedingspatroon aan en durven minder het huis uit.

### Goed doorvragen is essentieel

Uit onderzoek blijkt dat bijna 40% van de patiënten met kanker en opioïdgeïnduceerde obstipatie ten onrechte ‘nee’ antwoordt op de vraag ‘heeft u last van obstipatie?’<sup>1</sup> Dit komt doordat patiënten de symptomen niet altijd herkennen. De Vos: “Bij obstipatie denken we snel aan een volledige verstopping, maar klachten kunnen al eerder optreden: hardere ontlasting, meer moeten persen, verminderde frequentie of het handmatig verwijderen van ontlasting. Patiënten praten niet graag spontaan over hun ontlasting, dus als arts moeten we alert zijn en goed doorvragen naar deze symptomen.”

“Bij obstipatie denken we snel aan een volledige verstopping, maar klachten kunnen al eerder optreden”

### Leefstijl en laxantia

Bij vastgestelde obstipatie is het goed om niet alleen naar de klachten te kijken, maar ook naar wat de patiënt zelf al heeft geprobeerd om het ontlastingspatroon te verbeteren. Soms is er bijvoorbeeld nog niet gestart met het gebruik van laxantia. Daarnaast worden leefstijladviezen gegeven. De Vos: “Vezelrijke voeding, voldoende vochtinname en beweging kunnen ondersteunend werken en geven de patiënt een gevoel van regie. Dat mogen we niet onderschatten.” De eerste medicamenteuze behandelstap bij opioïdgeïnduceerde obstipatie bestaat meestal uit een osmotisch laxans (macrogol of



▲ FILIP DE VOS

magnesiumtabletten) waaraan een tweede laxans kan worden toegevoegd. Hier wordt vaak gekozen voor een contactlaxans (bisacodyl). Vervolgens moet het effect goed gemonitord worden. De Vos: “Wanneer de obstipatie na twee à drie dagen niet is opgelost, is het tijd voor een volgende stap.”

### Bestaand beleid

Tot voor kort was het beleid om de laxantia op te volgen met een klysma. Kleine klysmas kunnen thuis worden gebruikt, maar een hoogopgaand klysma moet bij de huisarts of in het ziekenhuis worden gezet. “Dat is invasief en erg onprettig voor de patiënt,” voegt De Vos toe.

Wanneer meerdere klysmas te weinig effect hadden - en de patiënt vaak al drie of meer dagen was opgenomen - werd methylaltrexon (Relistor) subcutaan toegediend. Een nadeel van methylaltrexon is dat het risico op een korte toename van buikpijn bestaat en dat

TIPS VOOR DE PRAKTIJK

- **Wees alert op obstipatie.** Bespreek het risico op opioïdgeïnduceerde obstipatie met de patiënt, benoem de symptomen en geef leefstijladviezen mee.
- **Vraag door naar alle obstipatieklachten.** Denk aan: hard persen, harde ontlasting, gevoel van incomplete defecatie, lage frequentie, gevoel van blokkade of manueel verwijderen.
- **Monitor het effect van de laxantia.** Als de obstipatie niet is opgelost in twee tot drie dagen, is het tijd voor een volgende stap
- **Overweeg de inzet van een opioïdreceptor-antagonist.** Naldemedine kan worden ingezet wanneer laxantia onvoldoende effect hebben.



aanbevolen wordt om een rotatie naar een ander type morfine-mimeticum te verrichten. De komst van een nieuwe behandeloptie voor opioïdgeïnduceerde obstipatie was aanleiding om dit beleid te herzien.

**Nieuwe behandeloptie: naldemedine**

Sinds kort is naldemedine (Rizmoic) - de nieuwste orale perifeer werkende opioïdreceptorantagonist - beschikbaar voor de behandeling van opioïdgeïnduceerde obstipatie.<sup>2</sup> Het belangrijkste voordeel van dit middel is de orale toediening. Bovendien hoeft de dosering van het opioïd niet aangepast te worden en kunnen laxantia gelijktijdig worden gebruikt. De Vos: "Naldemedine is een patiëntvriendelijker middel en kan al vrij vroeg worden ingezet, wanneer blijkt dat laxantia onvoldoende effect hebben. Daarna kan eventueel alsnog een klyisma worden overwogen."

“Van patiënten met uitgezaaide kanker krijgt ongeveer driekwart vroeg of laat morfine toegediend. Van hen ervaart circa 80% obstipatieklachten.”

**Praktisch stappenplan**

Binnen het UMC Utrecht en de regio werkt De Vos aan een praktisch stappenplan voor de diagnose en behandeling van opioïdgeïnduceerde obstipatie, met nadruk op patiëntvriendelijkheid: "Op dit

moment zijn we - in samenwerking met het Amsterdam UMC - kennis en ervaringen aan het verzamelen en kijken we hoe we daarmee de educatie voor collega's kunnen opzetten." Hierbij is er speciale aandacht voor het tijdig signaleren van symptomen. Ook wordt de inzet van opioïdreceptorantagonisten in het behandeltraject opnieuw overwogen. De Vos: "In het nieuwe beleid vervangt naldemedine de plaats van methylnaltrexon. Bovendien denk ik dat we naldemedine vroegtijdiger kunnen inzetten, al na het falen van osmotische laxantia."

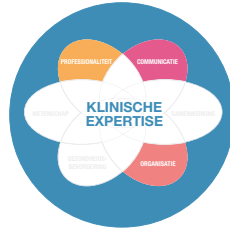
Dit artikel is tot stand gekomen met dank aan de onafhankelijke bijdrage van dr. Filip de Vos (internist-oncoloog, UMC Utrecht).

**Referenties**

1. Davies A, et al. Support Care Cancer 2024;32:701.
2. Samenvatting van Productkenmerken – RIZMOIC (naldemedine)



Scan de QR-code voor het **Diagnose en Behandelkaartje Opioïdgeïnduceerde obstipatie** met daarop de Rome IV-criteria, de Bristol-stoelgangschaal en de richtlijn.



# Nadenken over de digitale nalatenschap

Wat gebeurt er na iemands dood met diens digitale nalatenschap? En hoe kunnen zorgprofessionals naasten vinden als het enige wat de bewusteloze of al bij binnenkomst op de Spoedeisende Hulp overledene bij zich heeft een vergrendelde smartphone is? Het is een onderwerp dat veel vragen oproept, maar waarmee toch veel mensen zich niet tijdig bezighouden. Autoriteit op het gebied van digitale nalatenschap Sander van der Meer (Digital Life Legacy) vertelt over de zaken die hierin belangrijk zijn.

De politiek wil duidelijke wetgeving die regelt wat er met de digitale data gebeurt van iemand na diens overlijden. Terecht, want het is een onderwerp waarover veel onduidelijkheid bestaat. “De politie krijgt vaak verzoeken van nabestaanden om de smartphone of computer te kraken van een overleden familielid”, zegt Sander van der Meer. “Hiertoe is de politie echter doorgaans niet bevoegd. Ze heeft alleen het recht om dit te doen als sprake is van een strafbaar feit.”

Van der Meer nam afscheid van zijn werk in de forensische zorg bij de politie om mensen te gaan helpen die met deze vraag kampen. Hij doet dit nu via Digital Life Legacy, het enige bedrijf in Nederland en België dat op basis van de juiste juridische bevoegdheden forensische mogelijkheden heeft om de smartphone of computer van een overledene te ontsluiten zodat de nabestaanden toegang krijgen tot diens digitale gegevens. Een dienst waaraan grote behoefte blijkt te bestaan, want weinig mensen denken na over wat er na hun overlijden moet gebeuren met hun digitale nalatenschap.

## Toegang krijgen

Nabestaanden willen graag toegang kunnen krijgen tot de digitale nalatenschap van een overledene. Ze kunnen dan bij de contactgegevens die zij zelf niet hebben van vrienden van de overledene, en bij alle foto's.

Maar er kunnen ook meer dramatische redenen zijn om toegang te willen krijgen tot de digitale nalatenschap van een overlevende, stelt hij. Als voorbeeld noemt hij de ouders van de negentienjarige André, die voor de trein sprong en van wie de smartphone langs het spoor werd gevonden. Zelfmoord, concludeerde de politie, maar de ouders geloofden dat niet. “De politie stelde voor de vingerafdruk van André te gebruiken om toegang tot zijn smartphone te krijgen”, vertelt Van der Meer. “Maar dat lukt niet, want de sensor werkt alleen als de

gebruiker leeft en binnen 24 uur de juiste vinger wordt gebruikt. Om dezelfde reden lukt het met gezichtsherkenning ook niet. Hiervoor moet minstens één oog open zijn en ook daarin moet nog leven zitten.” Ook de social media waarvan André gebruikmaakte hielpen niet. “WhatsApp, Apple en alle andere partijen op dit gebied werken nooit mee aan verzoeken van nabestaanden. In alle algemene voorwaarden staat dat je account niet overdraagbaar is als je overlijdt.”

## Zware boodschap

Toen het de ouders na vijf jaar eenmaal lukte om via Digital Life Legacy de smartphone van hun zoon gekraakt te krijgen, durfden ze er pas na een paar maanden in te kijken. De vreugde daarover werd al snel vermengd met droefenis. Want via André's WhatsApp-verkeer kwamen zij erachter dat André al twee jaar voor zijn dood worstelde met problemen. De ouders waren weliswaar blij eindelijk de ware toedracht rond zijn dood te kennen, maar ze moesten wel in het reine komen met het feit dat die toch bleek te zijn wat zij al die tijd niet hadden willen geloven.

“Je kunt dingen tegenkomen die je liever niet wilt zien”, zegt Van der Meer. Als voorbeeld noemt hij dat een man of vrouw er niet op die manier achter wil komen dat diens partner een actief Second Love-account had. Daarop kunnen ook na iemands dood nog steeds berichten binnenkomen. “De privacywetgeving AVG geldt niet meer als je dood bent”, zegt hij. “Je hebt dan dus als overledene geen recht meer op privacy. Normaliter pleeg je computervredebreuk als je de smartphone of computer van iemand kraakt. Maar als de eigenaar daarvan is overleden, word jij als erfgenaam de eigenaar en mag je er dus alles mee doen wat je wilt. Ook vragen of wij die smartphone of computer kunnen kraken.”

“De privacy-wetgeving AVG geldt niet meer als je dood bent. Je hebt als overledene dus geen recht meer op privacy”



▲ SANDER VAN DER MEER

### Kind en smartphone

Inmiddels heeft al 5% van de vierjarigen een smartphone, zegt Van der Meer. “Wat als zo'n kind wat overkomt?”, zegt hij. “Heb als ouder niet de illusie dat je de code van die smartphone kent als dat kind inmiddels een tiener is, of dat die tiener desgevraagd een eerlijk antwoord heeft gegeven op de vraag naar die code. Een zescijferige code geeft een miljoen mogelijkheden, en de telefoon gaat op slot als je drie verkeerde pogingen doet. Bij vijf tot tien verkeerde pogingen kan de smartphone soms zelfs helemaal worden gewist. Dan kunnen wij er ook niet meer bij en zijn alle contactgegevens, foto's, et cetera dus niet meer toegankelijk.”

Hetzelfde geldt als het abonnement van de overledene wordt opgezegd. “Als die tweestapsverificatie heeft ingesteld, is het daarna niet meer mogelijk om in te loggen. Dan ben je dus als nabestaanden alles kwijt, ook de hele WhatsApp-geschiedenis bijvoorbeeld.”

### Mee met de overledene

Het is inmiddels niet meer ongebruikelijk dat de nabestaanden de smartphone van de overledene een plekje geven in de kist. “Gaat het bij de plechtigheid om een crematie, dan zou daarbij de oven beschadigd kunnen raken”, zegt Van der Meer. “Maar is het een begrafenis – en dat is dan tegenwoordig ook nog wel eens op een natuurbegraafplaats – dan vergaat die telefoon niet en blijft alle data dus in principe achterhaalbaar.”

Wat ook vaker gebeurt, is een selfie maken met de geopende kist. “Niet ongevaarlijk als de fotograaf vervolgens die foto op social media

zet. Met faceswap kan dan van alles met het gelaat van de overledene worden gedaan. Daar wil je als nabestaanden niet mee geconfronteerd worden.”

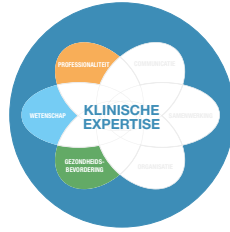
### Op tijd regelen

Wat Van der Meer vertelt, maakt duidelijk dat digitale nalatenschap voor iedereen een zaak is om rekening mee te houden. “Denk er dus op tijd over na om die te regelen én te beschermen”, zegt hij. “Veel mensen doen dit niet. Deel de code van je smartphone of computer. Dan heb je al 80% van je digitale nalatenschap geregeld. En plaats de simcard van de smartphone van de overledene in een andere telefoon. Dan kun je daarmee weer bellen en gebeld worden en heb je ook weer toegang tot WhatsApp.”

Ook in een acute situatie kan het belangrijk zijn toegang tot iemands digitale gegevens te kunnen krijgen. “Wij zijn 24 uur per dag bereikbaar voor professionals”, vertelt hij. Iets wat ook voor de zorg relevant kan zijn. Want hoe kun je als team familieleden of nabestaanden waarschuwen dat hun naaste buiten bewustzijn of dood op de SEH is beland? Zonder identiteitsbewijs en met een smartphone die alleen met een code kan worden geopend? | [Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist](#)

Voor meer informatie:  
[www.digitallifelegacy.nl](http://www.digitallifelegacy.nl)





# Eerste ervaringen met bispecifieke monoklonale antilichamen bij multipel myeloom

In Nederland is elranatamab het enige bispecifieke antilichaam dat momenteel vergoed wordt voor de behandeling van recidief of refractair multipel myeloom. Maar meerdere bispecifieke antilichamen zijn hiervoor interessant, stelt drs. Ruben Schuinder, internist-hematoloog in het UMC Groningen. Ook combinaties worden onderzocht en tonen in studies veelbelovende resultaten.

Binnen het UMC Groningen waar Ruben Schuinder werkt, is al redelijk veel ervaring opgebouwd met T-celgerichte therapie met bispecifieke monoklonale antilichamen (*bispecific T-cell engagers*) voor de behandeling van recidief of refractair multipel myeloom. Bispecifieke antilichamen werken door gelijktijdig maligne plasmacellen – vaak via B-cel-maturatieantigeen (BCMA), ook wel GPRC5D – en eigen T-cellen te binden. Het immuunsysteem valt hiermee de kankercellen direct aan en vernietigt deze.

“Inmiddels zijn verschillende bispecifieke antilichamen beschikbaar die bij de behandeling van multipel myeloom inzetbaar zouden zijn”, zegt Schuinder. “Met teclistamab is binnen het UMC Groningen veel ervaring opgedaan in *compassionate use/early access*-programma’s. Met talquetamab bestaat ook al redelijk wat ervaring. Maar elranatamab is tot nu toe het enige bispecifieke antilichaam waaraan in Nederland vergoeding is toegekend.”

## Interessante resultaten

Bij elranatamab is de fase 3-studie MagnetisMM-3 interessant.<sup>1</sup> “Behandeling met elranatamab liet een mediane progressievrije overleving van anderhalf jaar en een mediane algehele overleving van twee jaar zien”, vertelt Schuinder. “Interessante resultaten voor patiënten voor wie we anders eigenlijk niet meer zo veel te bieden hebben.”

“Toxiciteit bij bispecifieke antilichamen is over het algemeen beperkt en is grotendeels te mitigeren”

De behandeling is erop gericht thuis/poliklinisch te worden toegepast. “Vooralsnog nemen wij patiënten in de eerste fase echter op, want het is toch een intensieve behandeling”, zegt Schuinder. “De patiënt heeft doorgaans al drie eerdere behandelingen achter de rug en moet – na die eerste fase – ook nog eenmaal per week naar het ziekenhuis komen. Na twee jaar wordt dit om de twee weken en weer twee jaar later om de vier weken. De behandeling wordt voor-gezet tot terugkeer van de ziekte.”

## Studies

Intussen zijn ook al studies bij patiënten met recidief of refractair multipel myeloom afgerond met bispecifieke antilichamen die in Nederland nog niet worden vergoed. De fase 1/2-studie MajesTEC-1-studie laat bijvoorbeeld diepe en duurzame responsen zien op teclistamab bij patiënten met al minimaal drie eerdere behandellijnen in de voorgeschiedenis.<sup>2</sup> In de fase 3-studie MajesTEC-3 werd de meerwaarde onderzocht van de combinatie van teclistamab en daratumumab ten opzichte van behandeling met de combinatie van daratumumab, dexametason en pomalidomide (DPd) of de combinatie van daratumumab, dexametason en bortezomib (DvD).<sup>3</sup> “Bij een voorgeselecteerde patiëntengroep die al één tot drie behandelingen achter de rug heeft, geeft deze combinatie een significant langere progressievrije overleving vergeleken met DPd of DvD”, zegt Schuinder.

Vrij nieuw is talquetamab, geïndiceerd voor gebruik na minstens drie eerdere behandelingen voor het refractair multipel myeloom. De MonumentAL-2-

studie toont interessante resultaten.<sup>4</sup> “Het lijkt ook een goede behandeling voor na een eerdere CAR-T-celbehandeling”, zegt Schuinder. “De patiënt heeft nog wel een goed functionerend immuunsysteem nodig. Dat is soms een beperking.”

### Bijwerkingen

Een belangrijk aandachtspunt bij bispecifieke antilichamen is het bijwerkingenprofiel. In de eerste dagen tot weken gaat het hierbij om het cytokinereleasesyndroom en neurotoxiciteit (ICANS). Specifiek in relatie tot GPRC5D kan smaakverlies optreden en aantasting van de huid en nagels. “Dit kan flink heftig zijn”, zegt Schuinder, “maar het is vooral in de eerste paar cycli van de behandeling het ergst. Eventueel kan bij het optreden hiervan worden gekozen voor dosisreductie of voor het verlengen van het doseringsinterval.”

Cytokinereleasesyndroom is een systematische inflammatoire reactie die vooral aan het begin van de behandeling optreedt. “Dit doet zich in ernstiger mate voor als de bispecifieke antilichamen als eerste lijnsbehandeling worden ingezet”, zegt Schuinder. “Toch is het wel goed te managen.” Neurotoxiciteit (ICANS) is als klinische diagnose wel gelinkt aan het cytokinereleasesyndroom, maar dit is toch geen één-op-één relatie. “We zien het vrijwel niet bij behandeling met bispecifieke antilichamen”, zegt Schuinder. “Treedt het toch

op, dan kunnen voor de zekerheid anti-epileptica worden voorgeschreven om de epileptische aanvallen te voorkomen die erbij kunnen optreden. Indien nodig kunnen we de inflammatie remmen met steroïden.”

< RUBEN SCHUINDER

“Elranatamab toont interessante resultaten in studies bij patiënten voor wie we anders eigenlijk niet meer zo veel te bieden hebben”

### Pseudoprogressie

Soms is bij gebruik van bispecifieke antilichamen sprake van pijnlijke pseudoprogressie. “Dit kan worden geremd met dexamethason”, vertelt Schuinder. “Het verdwijnt na verloop van tijd ook weer. Een optie om het te voorkomen is radiotherapie vooraf. Maar wij doen dit eigenlijk nooit, omdat het om een bijwerking gaat die zich goed laat managen. Cytopenie en hypogammaglobulinemie zijn bijwerkingen die vrijwel in alle gevallen optreden. Infecties zien we vooral pulmonaal. Het belangrijkste kenmerk hiervan is een verkoudheid met een vrij chronisch karakter. Ook dit gaat over. Maar zo lang er sprake van is, beperkt het wel de kwaliteit van leven van de patiënt. Eventueel kan worden gekozen voor immunoglobulines als onderhoud, ter preventie.” Toch is de toxiciteit over het algemeen beperkt en is die grotendeels te mitigeren, stelt Schuinder. “Het is geen reden tot terughoudendheid in het gebruik van T-celgerichte therapie met bispecifieke antilichamen in de behandeling van recidief of refractair multipel myeloom”, zegt hij. “Het resulteert in een hoog objectieve responspercentage en indrukwekkende snelle en diepe responsen.” De studies waarnaar Schuinder verwijst laten zien dat bispecifieke antilichamen een krachtige behandeloptie zijn. In combinatie met andere therapieën lijken de resultaten nog beter te kunnen worden. Daarnaast wordt in studies ook gekeken naar toepassing in eerdere behandellijnen dan waarvoor de behandeling momenteel al wordt vergoed. | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

### Referenties

1. Lesokhin AM, et al. Nat Med 2023;29:2259-67.
2. Moreau P, et al. N Engl J Med 2022;387:495-505.
3. Costa L, et al. N Engl J Med 2026;394:739-52.
4. A Study of Talquetamab With Other Anticancer Therapies in Participants With Multiple Myeloma (MonumenTAL-2). Te raadplegen via [clinicaltrials.gov/study/NCT05050097](https://clinicaltrials.gov/study/NCT05050097)



MARENE >  
KROON

“Stellen van de diagnose wordt bemoeilijkt door de weinig specifieke klachten waarmee hoofd-halstumoren zich presenteren”



# Multidisciplinair samenwerken voor betere kwaliteit van leven bij hoofd-halstumoren

Marene Kroon, MANP, werkt als verpleegkundig specialist AGZ op de polikliniek Hoofd-halschirurgie/oncologie in het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam. Ze diagnosticeert patiënten met hoofd-halstumoren, een groep zeldzame tumoren, en is als medebehandelaar betrokken bij deze patiënten. Kroon benadrukt dat multidisciplinaire behandeling, in samenwerking met paramedici, belangrijk is om de kwaliteit van leven bij deze patiënten te optimaliseren.

Marene Kroon vindt het inspirerend in haar werk om kwetsbare mensen te ondersteunen en in samenwerking met de verschillende betrokken disciplines bij te dragen aan een betere kwaliteit van leven. “Mensen met hoofd-halstumoren hebben een ernstige aandoening, waarvan de prognose aanzienlijk beter is als de diagnose vroeg wordt gesteld. Ik word enthousiast als ik eraan bijdraag dat deze mensen snel met hun behandeling kunnen beginnen. Hoofd-halstumoren hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van patiënten, mede doordat hun uiterlijk wordt aangetast en er functionele beperkingen ontstaan. Multidisciplinaire samenwerking – met zowel medici als paramedici – is daarbij cruciaal.”

## Zeldzame tumoren

Hoofd-halstumoren zijn een zeldzame vorm van kanker, met jaarlijks ongeveer 3.000 nieuwe diagnoses in Nederland. De incidentie neemt de laatste jaren geleidelijk toe, waarbij de piek ligt bij mensen tussen 50- tot 70-jarige leeftijd, maar ook bij jongere mensen kan deze aandoening voorkomen, vertelt Kroon. “Deze mucosale tumoren dan wel metastasen betreffen het gebied onder van de schedelbasis tot aan het sleutelbeen. In dit vakgebied vallen tumoren in de mondholte, keelholte, strottenhoofd, neusbijholten en speekselklieren. Ook – agressieve – vormen van huidkanker worden bij ons behandeld.”

## Risicofactoren

Wat Kroon boeit bij deze tumoren is enerzijds hun zeldzame voorkomen en anderzijds de uitdaging om deze snel te diagnosticeren en te behandelen. “Voor een goede prognose is het belangrijk om

bij deze mucosale tumoren snel diagnostiek in te zetten. Genezing is bij een tijdige diagnose reëel. Mensen kunnen dan nog jaren leven. De voornaamste risicofactoren zijn alcohol en roken, maar de laatste jaren zien we ook steeds meer een relatie met het humaan papillomavirus (HPV), met name bij jongere patiënten, vanaf 40 jaar. Bij patiënten met een hoofd-halstumor gerelateerd aan HPV is de reactie van de tumor op behandeling vaak wat gunstiger.”

## Diagnostiek

Patiënten met een verdenking op een hoofd-halstumor die naar het Antoni van Leeuwenhoek worden verwezen, komen vaak eerst bij Kroon terecht voor diagnostiek. “De meeste verwijzingen komen via KNO-artsen, kaakchirurgen of huisartsen. Ik doe de intake en zet de diagnostiek in gang. Ik voer laryngoscopie uit. Soms heeft een KNO-arts zelf al een biopsie gedaan, anders voer ik die uit. Ik kom dan tot een voorlopige diagnose, die bespreek ik met de hoofd-halschirurg, die de patiënt altijd even mee beoordeelt. Ook overleg ik met de radiotherapeut en zo nodig met de internist. Verder ben ik regievoerend behandelaar voor de patiënt: momenteel ben ik de enige verpleegkundig specialist in het Antoni van Leeuwenhoek met aandachtsgebied hoofd-halschirurgie. Een tweede collega is in opleiding en er is zicht op een derde in de toekomst.”

## Behandeling

Afhankelijk van de situatie van de patiënt wordt een curatieve of een palliatieve behandeling ingezet, zegt Kroon. “De curatieve behandeling bestaat uit een operatie, bestraling of bestraling met chemotherapie.



▲ MARENE KROON

In de palliatieve setting bespreken we met de patiënt of deze überhaupt nog behandeld wil worden. Palliatieve behandelopties zijn radiotherapie, immunotherapie en chemotherapie. Volgens de richtlijn moeten patiënten binnen dertig kalenderdagen na de diagnose starten met de behandeling.

Gelukkig kunnen we veel mensen curatief behandelen. Daarvoor is cruciaal dat de diagnose vroeg wordt gesteld. Dat wordt echter bemoeilijkt door de weinig specifieke klachten waarmee hoofd-halstumoren zich presenteren. Vaak lijken de belangrijke klachten – heesheid en moeite bij het slikken – op andere aandoeningen, zoals verkoudheid of hooikoorts. Er is een landelijke campagne geweest, de ‘1 voor 3’-campagne, waarin aangegeven werd dat als één klacht, zoals heesheid of keelpijn, langer dan drie weken aanhoudt, een bezoek aan de arts wordt aangeraden.”

### Kwaliteit van leven

De impact van hoofd-halstumoren en de behandeling op de kwaliteit van leven is sterk. “Denk aan cosmetische gevolgen en functionele beperkingen. Verwijdering van tumoren kan littekens geven in bijvoorbeeld de kin, het gezicht of de hals. Weghalen van een deel van de keel of tong kan verandering van spraak geven. Als het strottenhoofd verwijderd moet worden bij strottenhoofdkanker, krijgen mensen een stemprothese. In andere gevallen kan bijvoorbeeld een kunstoor nodig zijn. Gelukkig zijn er tegenwoordig goede protheses.” Verder kunnen slikklachten ontstaan, pijnklachten bij het eten, een droge mond of slijmvorming en smaakverandering. Ook kunnen er beperkingen zijn bij het openen van de mond, het kauwen, de mimiek en het bewegen van nek en schouders. Al deze klachten vragen de inzet van paramedische disciplines, zoals diëtisten, een revalidatiearts, fysiotherapeuten en logopedisten.

### Multidisciplinaire samenwerking

Samenwerking tussen medische en paramedische disciplines is daarom cruciaal om te kwaliteit van leven van patiënten met hoofd-halstumoren optimaal te krijgen, stelt Kroon. Vanuit die gedachte vertegenwoordigt ze de verpleegkundig specialisten in de landelijke Paramedische Werkgroep Hoofd-Halstumoren. “Daarin zitten onder andere diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers, mondhygiënist en verpleegkundigen. Het streven is dat er vanuit alle expertisecentra voor hoofd-halsoncologie paramedici zijn betrokken in deze landelijke werkgroep.”

Verder zijn er nauwe contacten met de Patiëntenvereniging Hoofd-Hals (PVHH), vertelt Kroon. “Eén keer per week komen lotgenoten van deze patiëntenvereniging naar ons ziekenhuis voor een inlooppreekuur met nieuwe patiënten of patiënten die langer bij ons onder behandeling zijn, maar die behoefte hebben aan contact of ervaringen van een lotgenoot.”

### Goede gesprekken

Kroon geniet van het werken met deze patiënten en staat hen graag bij in een moeilijke periode. “Mooi om te zien is dat mensen vaak toch nuchter met hun aandoening weten om te gaan en hun schouders onder de behandeling zetten. Sinds kort hebben we binnen de hoofd-halsoncologie een palliatieve polikliniek. Een mooie kant van mijn werk zijn de goede gesprekken met patiënten over hun verwachtingen en wensen rond de behandeling en de kwaliteit van leven in deze palliatieve dan wel chronische fase van de ziekte. Ik vind het fijn om te zorgen dat patiënten zo min mogelijk stress ervaren en een zo goed mogelijke kwaliteit van leven hebben.” | [Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist](#)

#### KADER

### Vakgroep verpleegkundig specialisten hoofd-halstumoren Nederland

Omdat deze tumoren zelden voorkomen, zijn er in ons land slechts tien verpleegkundig specialisten werkzaam binnen dit vakgebied, verdeeld over de verschillende expertisecentra, vertelt Kroon. “Wij zitten met elkaar in een Whatsapp-groep, zodat we elkaar zo nodig laagdrempelig kunnen vinden. Daarnaast proberen we jaarlijks bij elkaar te komen en elkaar te spreken tijdens het VSO-symposium. Voorheen hadden we ook nog een jaarlijkse dag waarop we als netwerk bij elkaar kwamen. Een van de verpleegkundig specialisten organiseerde in de eigen instelling een dag(deel) met een programma vol updates over de ontwikkelingen op ons vakgebied. Daarnaast was er nog ruimte om met elkaar te sparren over de ontwikkeling van je eigen functie. Daar is de afgelopen tijd de klad wat ingekomen, maar we hebben recent contact met elkaar gehad om te peilen of eenieder hier weer interesse in heeft.”



# “De verpleegkundig specialist en medisch specialist zijn een goed stel”

Verpleegkundig specialist AGZ Oncologie Sandra Dikkes, MSc, met expertisegebied urologische oncologie werkzaam in Isala Zwolle-Meppel-Heerde, en dr. Paul Hamberg, internist-oncoloog met aandachtsgebied urologie en werkzaam in het Franciscus Gasthuis & Vlietland, zijn enthousiast over de samenwerking tussen hun beroepsgroepen binnen de Dutch Renal Cancer Group. “Verpleegkundig specialisten hebben een waardevolle inbreng. Ze brengen kwaliteit in de zorg voor de individuele patiënt”, aldus Hamberg.

Paul Hamberg schetst wat de Dutch Renal Cancer Group (DRCG) is en welke ontwikkelingen deze tumorwerkgroep de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. Hij zat elf jaar in het bestuur en is recent afgetreden als voorzitter. “De DRCG is uitgegroeid van een researchgroep tot een landelijk platform dat klinisch wetenschappelijk onderzoek

faciliteert en onderzoekers en behandelend artsen samenbrengt. De laatste vijf jaar hebben we vooral ingezet op het multidisciplinaire karakter van de DRCG en zijn we ons meer met de zorg en met de netwerken gaan bezighouden. De Nederlandse Vereniging van Medische Oncologie en de Nederlandse Vereniging voor Urologie beschouwen



▲ PAUL HAMBERG EN SANDRA DIKES

FOTO: INFP PHOTOGRAPHY / HERBERT WIGGERMANS

PAUL >  
HAMBERG

SANDRA >  
DIKKES

**Hamberg:**  
“Verpleegkundig  
specialisten brengen  
kwaliteit in de zorg voor  
de individuele patiënt”

de DRCG daarom als de landelijke tumorwerkgroep voor nierkanker. We hebben als doel om de kennis over de *state-of-the-art* therapie voor patiënten met nierkanker optimaal beschikbaar te stellen.”

### Kwaliteit

Een belangrijk onderdeel van deze ontwikkelingen binnen de DRCG is dat oncologen en urologen, soms aangevuld met de radiotherapeuten, ongeveer vijf jaar geleden zijn gestart met de Medische Inhoudelijke Standpuntengroep (MIS). Hamberg: “Hier worden onderwerpen met elkaar besproken met de insteek om een visie te geven op aspecten van behandelingen waar de richtlijn geen uitspraak over doet.” Parallel aan deze ontwikkelingen binnen de DRCG groeide bij de medisch specialisten het besef hoe waardevol de inbreng van verpleegkundig specialisten is bij de zorg en behandeling voor patiënten met nierkanker. Hamberg: “Ze brengen kwaliteit in de zorg voor de individuele patiënt. Verpleegkundig specialisten kijken echt naar andere domeinen. Patiënten die voor het eerst zijn behandeld door zowel een medisch als een verpleegkundig specialist, geven aan dat ze grote verschillen ervaren met de situatie waarin ze enkel behandeld werden door de medisch specialist. Op de werkvloer zien we verpleegkundig specialisten als gelijkwaardig. We vonden het daarom ook logisch om hen te betrekken bij het landelijke platform.”

Sandra Dikkes geeft aan: “We zijn op de werkvloer een behandelteam. Onze rol komt bijvoorbeeld naar voren bij immuungerelateerde bijwerkingen, deze vragen intensieve behandeling. Daarnaast zijn we niet alleen medisch gericht, maar kijken ook naar de leefomgeving, draagkracht en kwaliteit van leven van de patiënt.”

### VS-IS

Dikkes vindt het van belang dat de medisch en verpleegkundig specialisten elkaar op deze wijze ook op landelijk niveau weten te vinden. “We zijn begonnen met de VS-Inhoudelijke Standpuntengroep (VS-IS), waarin we alle ongeveer veertig verpleegkundig specialisten met aandachtsgebied niertumoren in ons land betrekken. We nemen nu ongeveer een jaar deel aan de DRCG. Dat ervaren we als bijzonder. Het was in het begin best een beetje pionieren. Wat verwacht je van elkaar? Samen met collega verpleegkundig specialist AGZ Oncologie Judith de Rooij, MSc, die inhoudelijk voorzitter is en werkzaam in het Máxima Medisch Centrum, ben ik technisch voorzitter van de VS-IS-groep. Onderwerpen kunnen vooraf ingediend worden en bespreken we tijdens het overleg met de VS-IS-groep. Drie keer per jaar komen we samen. Daarin werken we nauw samen met de MIS-groep.” Hamberg: “Onderwerpen die de revue passeren bespreken Judith en Sandra in de MIS-groep, zodat eenieder weet met welke onderwerpen we bezig zijn.”

### Klein beginnen

Onderwerpen om standpunten over in te nemen zijn er meer dan genoeg, zegt Dikkes. “We hebben te maken met steeds complexere behandelingen, steeds meer therapieën worden gecombineerd, bijwerkingenmanagement is belangrijk, evenals goede triage. Maar ook de manier waarop patiënten optimaal voorgelicht kunnen worden om uiteindelijk tot een keuze te komen die bij hen past. Dit zijn allemaal onderwerpen waarvoor goede afstemming tussen het medische

## Dikkes: “Samenwerking tussen verpleegkundig en medisch specialisten heeft grote voordelen voor onze beroepsgroep”

en verpleegkundige domein nodig is. Belangrijk hierbij is om klein te beginnen. Een voorbeeld van een onderwerp dat we recent hebben besproken in de VS-IS is het taalniveau van de patiënteninformatie. Het is wenselijk dat dit op B1-niveau is, maar krijgen alle patiënten daadwerkelijk hun informatie op dat taalniveau? Hierover hebben we een standpunt opgesteld.”

Hamberg: “Het vaststellen van een standpunt is niet het enige belangrijke, maar ook de route ernaartoe, bijvoorbeeld hoe er in verschillende regio’s of door andere disciplines tegen zaken wordt aangekeken. Het proces om op landelijk niveau afstemming te hebben en van elkaar te leren, dat is belangrijk. Voorafgaand aan de eerste bespreking wordt door een van de deelnemers een vlugschrift opgesteld, dat als een soort vliegwiel fungeert voor de discussie. Om tot een landelijk standpunt te komen, mag iedereen zijn visie delen en zo mogelijk onderbouwen. Aan het eind van een vergadersessie proberen we te komen tot een voorlopig standpunt. Overigens is een standpunt niet bedoeld om ziekenhuizen dingen op te leggen. Standpunten geven de visie van de DRCG weer. Uiteindelijk bepaalt elk ziekenhuis zelf wat er gedaan wordt met een standpunt.”

### Grotere rol

Hamberg is er trots op dat binnen de DRCG de diverse netwerken in het land, die eerst vooral afzonderlijke eilandjes waren, steeds meer aan elkaar gekoppeld zijn geraakt. “De zorg voor patiënten met nierkanker is hierdoor uniformer geworden. Het is dan ook meer dan logisch dat de verpleegkundig specialisten hierbij betrokken zijn, want ze hebben immers een cruciale, en in mijn ogen onmisbare rol in de zorg. Hoe gaat onze samenwerking verder uitwerken? De betrokken verpleegkundig specialisten werken hard om dit tot een succes te maken en de verpleegkundig specialisten als groep zijn gemotiveerd. Ik voorzie in de toekomst een grotere rol voor verpleegkundig specialisten binnen de DRCG. Hoe precies, dat zal de tijd gaan leren, maar ik denk dat hun inbreng een *stepstone* is naar een meer gelijkwaardige positie van de verpleegkundig specialisten in de DRCG.”

### Goed stel

“Samenwerking tussen verpleegkundig en medisch specialisten, zoals dat gebeurt binnen de DRCG, heeft grote voordelen voor onze beroepsgroep”, zo merkt Dikkes tot slot op. “Dit versterkt de positie van de verpleegkundig specialist binnen het eigen vakgebied, maar versterkt ook onze multidisciplinaire rol. Mooi is dat dit op landelijk niveau gebeurt en dat we hierin vooruitstrevend zijn.” Hamberg geeft er nog een klap op: “De verpleegkundig specialist en de medisch specialist zijn een goed stel!” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

< ELLEMIEKE  
DE GRAAF

MARGRIET >  
NIEUWENHUIS

**Nieuwenhuis:**

“Het is mooi dat  
je patiënten na hun  
ontslag op de polikliniek  
terugziet”



# Verpleegkundig specialist op de afdeling: pionieren en veelzijdig werk

Verpleegkundig specialisten AGZ Margriet Nieuwenhuis, MSc, en Ellemieke de Graaf, MSc, in respectievelijk het Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, en het Erasmus MC, Rotterdam, werken het grootste deel van hun tijd in de kliniek, waar ze verantwoordelijk zijn voor de zorg van opgenomen oncologische patiënten. Ze wisselen dat af met poliklinische werkzaamheden en bijvoorbeeld werk rond kwaliteitsverbetering en leiderschap. Ze zijn beiden zeer enthousiast over hun veelzijdige werk.

Ellemieke de Graaf en Margriet Nieuwenhuis vinden de afwisseling tussen klinisch en poliklinisch werk erg boeiend. “Wij zijn verantwoordelijk voor de medische zorg voor patiënten die zijn opgenomen, maar het is ook mooi dat je hen na ontslag later op de polikliniek terugziet. Je kunt zo patiënten langdurig volgen. Dat geeft een vertrouwensband met hen en hun familie”, zegt Nieuwenhuis enthousiast. “Dat is echt de charme van dit vak.” De Graaf: “Een klein stukje polikliniek erbij biedt een mooie afwisseling, maar ik zou het werk in de kliniek met acute en complexe zorg niet willen missen. Het snelle schakelen en het werken in teamverband maken het werk daar juist zo boeiend. Ik ben de eerste verpleegkundig specialist die in het Erasmus MC op de afdeling Interne Oncologie in de kliniek werk. Dat is een beetje pionieren.”

## Electieve patiënten

Nieuwenhuis behandelt vooral patiënten met testiscarcinomen en sarcomen in de botten en de weke delen. “Deze patiënten hebben een intensief behandeltraject met chemotherapie, waarbij ze veel opnames in het ziekenhuis hebben voor meerdaagse chemotherapie. Ik behandel vooral patiënten die electief worden opgenomen, bijvoorbeeld voor een chemokuur, een leverperfusie of drainage. De overige dagen heb ik wanneer nodig contact met de patiënten via de telefoon of de mail. Ik zie patiënten vanaf het moment van de diagnose, gedurende de behandeling en tijdens de follow-up. Deze patiënten zijn vaak doorverwezen vanuit andere ziekenhuizen, waar afhankelijk van de locatie van de tumor de orthopeed of chirurg meestal de eerste diagnostiek met beeldvorming en pathologie heeft gedaan. Vervolgens

spreek ik hen samen met de oncoloog over het behandelplan en de behandeldoelen, waarbij de oncoloog de hoofdbehandelaar blijft. Ik ben medebehandelaar en regievoerend behandelaar voor de patiënt, de familie en alle betrokken zorgverleners. Ik werk zelfstandig op de afdeling en kan indien nodig overleggen met mijn collega's: physician assistants, arts-assistenten of medisch specialisten.”

## Met spoed opgenomen

De Graaf daarentegen behandelt vooral patiënten die met spoed worden opgenomen. “Ik werk op een grote afdeling, waar ik samenwerk met verschillende basisartsen, arts-assistenten en een verpleegkundige in opleiding tot specialist. We werken op gelijkwaardig niveau en zien patiënten in de volle breedte van de interne oncologie. Patiënten die binnenkomen hebben acute klachten van hun ziekte of complicaties van de behandeling. Denk aan een ileus, die zowel het gevolg kan zijn van chemotherapie als van metastasen. Ook kunnen patiënten kampen met infecties of neutropene koorts als gevolg van de behandeling. Verder komen mensen soms met ernstige diarree

**Nieuwenhuis: “Als verpleegkundig specialisten vormen we een waardevolle aanvulling binnen het zorglandschap”**



▲ MARGRIET NIEUWENHUIS EN ELLEMIEKE DE GRAAF

**De Graaf:**  
 “We hoeven niet te strijden voor onze positie, wij zijn een vast onderdeel van het team”

als gevolg van immuno- of chemotherapie. Daardoor zijn ze verzwakt en ze hebben moeite om voldoende vocht binnen te krijgen. Andere patiënten hebben pijnklachten, bij wie we dan pijnmedicatie moeten instellen. Soms is er sprake van ziekteprogressie en moet er een besluit genomen worden over hoe verder. We bekijken ook altijd of het zinvol is om met de patiënt, naasten en de betrokken zorgverleners in gesprek te gaan over proactieve zorgplanning.”

#### Continuïteit

Zowel De Graaf als Nieuwenhuis werken vier dagen fulltime op hun afdeling. “Dat biedt continuïteit voor zowel de patiënten als het team”, zegt De Graaf. Hoe ziet hun werkdag er ongeveer uit? De Graaf: “De dag begint met een overdracht waarin de opnames van de vorige avond en nacht worden besproken. Vervolgens bereid ik mijn patiënten voor. Daarna loop ik samen met een verpleegkundige visite langs mijn patiënten en stel ik het medisch beleid bij. Ik heb dagelijks overleg met een oncoloog en waar nodig overleg ik met andere specialisten. In de middag volgen er nieuwe opnames en voer ik vaak gesprekken met de patiënten, de familie en andere zorgverleners. Onze afdeling heeft 45 operationele bedden en dagelijks bestaat ons team uit vier tot zes zaalartsen/verpleegkundig specialisten, dus we verdelen de patiënten.”

Nieuwenhuis: “Ik begin ’s ochtends vroeg met het voorbereiden van de opnames, ik check of er bijzonderheden zijn en bespreek de patiënt met de verpleegkundige. Daarna ga ik visite lopen. Met mensen die binnenkomen voor hun opname bespreek ik hoe het thuis is gegaan na de behandeling en of er bijzonderheden zijn geweest. Daarnaast doe ik lichamelijk onderzoek. Verder vraag ik beeldvorming aan om de behandeling te evalueren en overleg ik met andere specialisten, zoals radiotherapie, orthopedie en neurochirurgie. Wanneer nodig schrijf ik medicatie voor, zoals chemotherapie en bijvoorbeeld antibiotica bij een infectie. Op de afdeling waar patiënten komen voor de meerdaagse chemotherapie zijn acht bedden. Daarnaast zijn er soms ook patiënten opgenomen op andere afdelingen, meestal één of twee. Verder zijn er nog patiënten op de dagbehandeling waar ik bij gevraagd kan worden als zij bijvoorbeeld een reactie op de

behandeling hebben.” Verder begeleiden Nieuwenhuis en De Graaf ook nieuwe collega’s, coassistenten en verpleegkundigen.

#### Echogeleid prikken

Beide verpleegkundig specialisten werken ook aan kwaliteitsverbetering en innovatie. De Graaf werkt momenteel op haar afdeling aan de introductie van echogeleid prikken. “Bij sommige patiënten zijn de bloedvaten zeer moeilijk aan te prikken. Zij moeten dan naar de afdeling Anesthesie om een infuus te krijgen. Als we dit op de afdeling zelf doen, scheelt dit tijd en een verplaatsing voor de patiënt.” Op de afdeling waar Nieuwenhuis werkt, wordt bij patiënten meestal een port-a-cath geplaatst, omdat ze langdurig worden behandeld. “Die plaats je eenmalig en dan is echogeleid aanprikken niet nodig.”

#### Leiderschap

Zowel De Graaf als Nieuwenhuis is zeer enthousiast en tevreden over de positie die ze in het ziekenhuis hebben. De Graaf geeft aan dat ze ook een stuk leiderschap op zich heeft kunnen nemen. “Ik ben lid van het vakgroepbestuur van verpleegkundig specialisten in het Erasmus MC. We zetten ons in voor de professionalisering en positionering van het beroep van de verpleegkundig specialist in het Erasmus MC. Verder ben ik vice medisch coördinator van onze afdeling. Dat houdt in dat ik samen met de medisch coördinator verantwoordelijk ben voor het medische beleid en een stukje management op onze afdeling.” Nieuwenhuis benadrukt de waarde van hun positie: “Als verpleegkundig specialisten vormen we een waardevolle aanvulling binnen het zorglandschap. Oncologen zien ons echt als gelijkwaardige behandelaren met eigen expertise. Het instellen of wijzigen van een oncologische behandeling gebeurt altijd in goed overleg. Het gebeurt zelfs dat oncologen ons vragen om advies.”

De Graaf: “We hoeven niet te strijden voor onze positie, wij zijn een vast onderdeel van het team. Door onze gecombineerde kennis en ervaring vanuit het verpleegkundige en medische domein, leveren we zorg die voor patiënten en hun naasten belangrijk is.” | [Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist](#)

NIEUW



# BIEDT ONTLASTING

Voor de behandeling van opioïd-geïnduceerde obstipatie<sup>1</sup>



1 tablet<sup>1</sup>  
1 keer per dag



Gerichte werking:  
Rizmoic<sup>®</sup> pakt opioïd-geïnduceerde obstipatie bij de **oorzaak** aan<sup>2</sup>

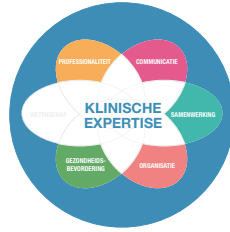
Scan me 



Meer weten over de nieuwste behandeling van opioïd-geïnduceerde obstipatie? **Bekijk hier de werkingsmechanismen video's**

1. Verkorte productinformatie Rizmoic<sup>®</sup> 200 microgram filmomhulde tabletten  
2. Naldemedine for the Treatment Of Opioid-Induced Constipation; Hu et al. 2018





# Pneumonitis door immuno-therapie: “Blijf breed nadenken”

Een belangrijke bijwerking van immunotherapie is pneumonitis. Dit is echter zelden een ‘klassieke’ diagnose, vertelt dr. Jeroen Hiltermann (longarts, UMC Groningen). Het is een klinische puzzel, waarbij klachten, context en aanvullend onderzoek samen moeten vallen. “Ken je patiënt vóór aanvang van de behandeling, blijf breed nadenken en kijk verder dan alleen de werkdiagnose pneumonitis.”

Het eerste advies van Jeroen Hiltermann over het diagnosticeren en behandelen van pneumonitis bij immunotherapie is duidelijk: “Raadpleeg de richtlijnen van de ESMO of NCCN.<sup>1,2</sup> Daar staat alles overzichtelijk in weergegeven volgens de laatste inzichten.”

Pneumonitis door immunotherapie ontstaat door een ontregelde immuunreactie, waarbij cytotoxische T-cellen het longweefsel aanvallen, legt Hiltermann vervolgens uit. “Het is een belangrijke diagnose om te overwegen, maar bij immunotherapie kunnen klachten als kortademigheid verschillende oorzaken hebben, dus is er een uitgebreide differentiaaldiagnose. Daarnaast is een deel van de longkankerpatiënten bestraald op de longtumor waarna immunotherapie gestart is. Zij kunnen een radiatiepneumonitis ontwikkelen. Ook kan de immuunreactie als gevolg van immunotherapie zich tegen andere organen richten, zoals het hart, bloed, de schildklier, spieren of zenuwen, en klachten geven die eveneens passen bij een pneumonitis. Tot slot kan ook bepaalde medicatie, zoals amiodaron, een interstitieel longbeeld geven dat we als pneumonitis duiden. Je moet dus steeds een individuele afweging maken en andere oorzaken uitsluiten.”

## Klinische overwegingen bij pneumonitis

De ernst van pneumonitis als bijwerking van immunotherapie wordt ingedeeld in vijf graden:<sup>3</sup>

- graad 1: asymptomatisch, met alleen afwijkingen op beeldvorming;
- graad 2: klachten en zichtbare afwijkingen op beeldvorming;
- graad 3: ernstige klachten en hypoxemie;
- graad 4: levensbedreigende ademhalingsproblemen;
- graad 5: overlijden.

Het risico op pneumonitis is bij longkanker niet hoger dan bij andere tumorsoorten. “Wel is het beeld bij longkanker soms complexer, omdat ziekteprogressie dezelfde klachten kan geven als pneumonitis.”

De incidentie varieert wel licht per type immunotherapie. In klinische studies ligt de incidentie van pneumonitis (alle graden) rond 4% bij PD-1-remmers, 2% bij PD-L1-remmers en minder dan 1% bij CTLA-4-remmers.<sup>1,2</sup> Ongeveer 1% betreft graad 3 of hoger. “Bij dubbele immunotherapie (zoals een CTLA-4- en PD-1-remmer bij melanoom) kan de incidentie oplopen tot circa 10%”, zegt Hiltermann.<sup>1</sup>

Pneumonitis bij immunotherapie treedt meestal op binnen de eerste twaalf weken na de start van de behandeling, maar kan ook later in het behandeltraject ontstaan. “Na het stoppen van immunotherapie komt pneumonitis nog zelden voor. Bij nieuwe klachten moet dan eerder gedacht worden aan een longembolie of ziekteprogressie.”

## Voorkom tunnelvisie

Voor het stellen van de diagnose is alertheid op symptomen als hoesten, dyspneu, thoracale pijn, koorts en hypoxie essentieel.<sup>1</sup> Hiltermann benadrukt hierbij het belang van goede kennis over de uitgangssituatie van een patiënt. “Ken je patiënt voor hij of zij start met de behandeling en vraag altijd naar veranderingen van klachten.”

Bij een verdenking op pneumonitis begint de beoordeling met een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek, gericht op veranderingen in klachten en inspanningstolerantie. Op basis hiervan wordt een brede differentiaaldiagnose opgesteld, met naast pneu-

“Bij dubbele immunotherapie kan de incidentie van pneumonitis oplopen tot circa 10%”

JEROEN >  
HILTMANN

“Als iemand klachten heeft die passen bij pneumonitis, denk dan breder dan alleen die diagnose”

## “Mocht de pneumonitis niet zoals verwacht reageren op de behandeling, heroverweeg dan je diagnose”

monitis ook andere immuungerelateerde bijwerkingen, zoals hypofysitis, hypothyreoïdie, myositis, myocarditis en auto-immuun hemolytische anemie. Daarnaast moet gedacht worden aan alternatieve oorzaken zoals infecties, tumorprogressie, longembolie, hartfalen of comorbiditeiten zoals COPD. “Binnen één patiënt kunnen bovendien meerdere immuunbijwerkingen tegelijk optreden en klachten geven die passen bij pneumonitis. Dat maakt het extra complex.” De kernboodschap voor de diagnostiek is volgens Hiltermann: “Voorkom tunnelvisie. Als iemand klachten heeft die passen bij pneumonitis, denk dan breder dan alleen die diagnose.”

### HRCT zonder contrast

Bij een klinische verdenking moet aanvullend onderzoek worden gericht op bevestiging van de diagnose en het uitsluiten van andere oorzaken. Routine laboratoriumonderzoek hoort hierbij. “Wij bepalen standaard hemoglobine, leukocyten, trombocyten, nier- en leverfunctie en schildklierfunctie, maar ook cortisol om een hypofysitis uit te sluiten.”

De diagnose pneumonitis kan vervolgens bevestigd worden met een hoge-resolutie-CT (HRCT)-scan. Een inspiratie-HRCT-scan is doorgaans voldoende en dient bij voorkeur zonder contrast te worden verricht. “Röntgencontrast kan afwijkingen geven die lijken op pneumonitis, maar dat niet zijn.” Waar voorheen standaard een bronchoscopie met bronchoalveolaire lavage werd geadviseerd, wordt dit onderzoek tegenwoordig selectiever ingezet, bijvoorbeeld bij een verdenking op een infectie of tumorinfiltratie. “Bij kwetsbare patiënten moet je hierin pragmatisch zijn, dan start je empirisch antibiotica naast corticosteroiden.”

### Opschalen met immunosuppressiva

De behandeling van pneumonitis is afhankelijk van de ernst. “Bij graad 1 is meestal geen behandeling nodig en herhalen we de HRCT-scan na enkele weken”, zegt Hiltermann. De behandeling met immunotherapie kan eventueel worden uitgesteld.<sup>1,2</sup> “Persisteren de afwijkingen, dan behandelen we de pneumonitis als graad 2.”

Bij graad 2-pneumonitis wordt de immunotherapie gestopt en start een behandeling met orale corticosteroiden (1 mg/kg/dag).<sup>1,2</sup> Bij verbetering worden die afgebouwd in een termijn van minimaal zes weken. Voor Hiltermann is het klinische beeld daarbij leidend. “Ik bouw de corticosteroiden af als de patiënt klachtenvrij is, ook als er nog afwijkingen op HRCT zichtbaar zijn.” Na volledig herstel kan in sommige gevallen, onder strikte monitoring, herstart van de immunotherapie worden overwogen.<sup>1</sup>

Bij een pneumonitis van graad 3 of 4, of bij graad 2 met onvoldoende respons op orale corticosteroiden, wordt de immunotherapie definitief

gestaakt en gestart met intraveneuze corticosteroiden (1 tot 2 mg/kg/dag).<sup>1,2</sup> “Bij onvoldoende effect wordt opgeschaald met immunosuppressiva zoals tocilizumab, infliximab of mycofenolaatmofetil.<sup>1</sup> Bij verbetering wordt vervolgens stapsgewijs afgebouwd, waarbij eerst de prednison wordt verminderd en daarna het tweedelijnsmiddel, vertelt Hiltermann.

Een langdurige behandeling met corticosteroiden vraagt wel om aanvullende maatregelen, zoals *Pneumocystis jirovecii*-pneumonie (PJP)-profylaxe en osteoporosepreventie bij doseringen boven 10 mg/dag. Bij maagklachten heeft een H2-antagonist de voorkeur boven een protonpompremmer, vanwege een mogelijk verhoogd risico op interstitiële nefritis in combinatie met immunotherapie.

De follow-up bij pneumonitis door immunotherapie bestaat doorgaans uit een herhaalde HRCT-scan ongeveer twee weken na de start van de corticosteroiden en rond het moment van het afbouwen van de steroiden. Tussentijdse beeldvorming is alleen nodig bij klinische verslechtering of twijfel.

### Het begint met signaleren

De sleutel tot het herkennen van pneumonitis ligt niet alleen in technologie, maar vooral in aandacht, zegt Hiltermann tot slot. “Wie de patiënt goed kent – de uitgangssituatie, de inspanningstolerantie, het klachtenpatroon – herkent veranderingen eerder. Het begint met signaleren. En blijf je afvragen: klopt dit wel? Mocht de pneumonitis niet zoals verwacht reageren op de behandeling, heroverweeg dan je diagnose. Kom je er als verpleegkundig specialist niet uit, schakel dan vooral laagdrempelig met de longarts of neem contact op met een expertisecentrum in de buurt. Want soms is de diagnose pneumonitis eenvoudig, maar meestal niet.” | [Drs. Bianca Hagenaars, wetenschapsjournalist](#)

### Referenties

1. Haanen J, et al. *Ann Oncol* 2022;33:1217-38.
2. Thompson JA, et al. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17:255-89.
3. National Cancer Institute Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) version 5. Te raadplegen via: [dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/trial-development#ctcae-and-ctep-codes](https://dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/trial-development#ctcae-and-ctep-codes).



# Agenda

Masterclass Palliatieve zorg VS & PA 1 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup> lijns	22 september 2026
Masterclass Mamma-oncologie	29 en 30 september 2026
Masterclass Uro-Oncologie	1 oktober 2026

Voor actuele informatie [netwerkvso.nl/agenda](http://netwerkvso.nl/agenda)



## Colofon

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 3 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 Gasthuis, Delft

#### Mascha Juffermans

Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen

#### Erik van Muilekom

Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

#### Sylvia Verhage

V&VN

### Aan dit nummer werkten mee:

Debat.nl, Bianca Hagenaars, André Jagt, Jeroen van Kooten, Marc de Leeuw, Jaspar Moulijn, NFP Photography, Angeline Taal, Hans Tak, Herbert Wiggermans, Frank van Wijck

### Coverfoto:

Sylvia Verhage © NFP Photography

### Advertenties

Uitgeverij Jaap

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

Tel.: 06 - 43 15 68 31

### Uitgever en redactie

Uitgeverij Jaap

Postbus 60334, 1320 AJ Almere

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

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

# First-line for prolonged survival.<sup>1,2</sup>

In the MAIA study, first-line DARZALEX<sup>®</sup>, lenalidomide and dexamethasone (DRd) was associated with:<sup>\*1-5</sup>



- ✓ Proven survival benefits<sup>1-6</sup>
- ✓ Improved patients' quality of life<sup>1-4</sup>
- ✓ New possibilities for treatment option<sup>4,5†</sup>

Amongst others DARZALEX<sup>®</sup> is also indicated in combination with lenalidomide and dexamethasone for the treatment of adult patients with newly diagnosed multiple myeloma who are ineligible for autologous stem cell transplant.<sup>2</sup>

<sup>\*</sup>vs. Rd alone. MAIA is a Phase 3 study of DRd vs. RD alone in newly diagnosed transplant-ineligible patients with multiple myeloma (N=737).<sup>2,3</sup> Primary endpoint was PFS and was met: at median follow-up 64.5 months, median PFS was 61.9 months for DRd vs. 34.4 months for Rd (HR, 0.55; 95% CI, 0.45–0.67; P < 0.0001; median follow-up 64.5 months). Significantly greater improvement from baseline EORTC QLQ-C30 GHS score to cycle 3: DRd 4.5 (95% CI, 2.4–6.6) vs. Rd 1.5 (95% CI, –0.7 to 3.7) (p=0.0454).<sup>3</sup>

<sup>†</sup>By using an anti-CD38 antibody at the earliest opportunity, patients' eligibility for new possibilities for treatment in later lines.<sup>4</sup>

#### References:

1. Facon T, et al. N Engl J Med. 2019 May 30;380(22):2104–2115.
2. DARZALEX<sup>®</sup> SC Summary of Product Characteristics. April 2024.
3. Perrot A, et al. J Clin Oncol. 2021;39(3):227–237.
4. Shah N, et al. J Immunother Cancer. 2020;8(2):e000734. doi: 10.1136/jitc-2020-000734.
5. Petrucci MT, et al. Hematology. 2024;29(1):2432815.
6. Facon T, et al. Lancet Oncol. 2021;22:1582–1596.

For healthcare professionals only

©Janssen-Cilag B.V., a Johnson & Johnson company – CP-500586 – Approval date: 03-2025

**ELREXFIO**<sup>®</sup> ▼

(elranatamab)

OPLOSSING  
VOOR INJECTIE

44 mg/1,1 mL  
76 mg/1,9 mL

**ELREXFIO**  
(elranatamab)

Nu als eerste  
bispécifiek antilichaam  
**VERGOED** voor RRMM.

Kijk voor meer info op  
[www.pfi.sr/elrexfio-nl](http://www.pfi.sr/elrexfio-nl)

# ELREXFIO<sup>®</sup> laat een duurzame respons zien bij patiënten met RRMM<sup>1,2</sup>

De klinische studie MagnetisM-3 (MM-3) laat een mediane totale overleving zien van 24,6 maanden bij een gemiddelde follow-up periode van 28,4 maanden.<sup>2</sup>

De meest voorkomende bijwerkingen zijn:

- Infecties: 70,7%<sup>2</sup> • CRS (cytokine release syndroom): 57,7%<sup>2</sup>
- Neutropenie: 49,6%<sup>2</sup> • Anemie: 48,8%<sup>2</sup>
- Trombocytopenie: 31,7%<sup>2</sup>



**Aanhoudende  
respons<sup>2</sup>**

37,4% van patiënten bereikt  
een CR of beter (ORR van 61%)



**Overleving zonder  
ziekteprogressie<sup>2</sup>**

Mediane PFS van  
17,2 maanden



**Efficiënt<sup>1</sup>**

Direct gebruiksklaar,  
injectieflacon met enkele  
dosis, onafhankelijk  
van lichaamsgewicht



**Doseringsinterval<sup>1</sup>**

2-, of 4-wekelijkse toediening  
na 25 resp. 49 weken voor  
patiënten die responderen



scan de QR-code voor meer informatie  
over de OS-data op [Pfizerpro.nl](http://Pfizerpro.nl)

Referenties:

1. ELREXFIO<sup>®</sup> Samenvatting van de productkenmerken
2. Tomasson MH, et al. Long-term survival and safety of elranatamab in patients with relapsed or refractory multiple myeloma: Update from the MagnetisMM-3 study. HemaSphere, 2024;8:e136.

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring.

CR = Complete Response; RR = Relapsed and Refractory; MM = multiple myeloma;  
ORR = Objective response rate; PFS = Progression-free survival.

PP-L1A-NLD-0093

Verkorte productinformatie staat elders in deze uitgave.

Pfizer