VS.

Verpleegkundig Specialisten Oncologie, Hematologie en Palliatieve Zorg



Genieten van veelzijdige baan in de hematologie

Palliatieve unit Spaarne Gasthuis bestaat vijf jaar

Moleculaire diagnostiek onmisbare schakel in prostaatkankerzorg

oktober
2026

3

NOW REIMBURSED FOR NEW INDICATION

INITIAL TREATMENT CHOICE MATTERS FOR FIRST-LINE UNRESECTABLE OR METASTATIC UROTHELIAL CANCER

GO FURTHER WITH LONGER SURVIVAL

WITH PADCEV™▼ (ENFORTUMAB VEDOTIN) + PEMBROLIZUMAB VS PLATINUM-BASED CHEMOTHERAPY[1,2]

PADCEV + pembrolizumab nearly doubled mOS to 31.5 months in previously untreated patients vs platinum-based chemotherapy (mOS, 31.5 vs 16.1 months; HR for death, 0.47; 95% CI: 0.38–0.58; P<0.001).[1,2]



INDICATION[1]

PADCEV, in combination with pembrolizumab, is indicated for the first-line treatment of adult patients with unresectable or metastatic urothelial cancer who are eligible for platinum-containing chemotherapy.

PADCEV as monotherapy is indicated for the treatment of adult patients with locally advanced or metastatic urothelial cancer who have previously received a platinum-containing chemotherapy and a programmed death receptor-1 or programmed death-ligand 1 inhibitor.

CI – confidence interval; HR – hazard ratio; mOS – median overall survival;

References:
1. PADCEV Summary of Product Characteristics.
2. Powles T, Valderrama BP, Gupta S et al. N Engl J Med 2024;390(10):875-888.

▼This medicinal product is subject to additional monitoring.

PADCEV™ is subject to medical prescription. The abbreviated prescribing information is available elsewhere in this publication.

astellas

© 2025 Astellas Pharma Inc. or its affiliates and Pfizer Inc. All rights reserved.
Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, the Netherlands
MAT-NL-PAD-2025-00069 DEC 2025
All trademarks are the property of their respective owners.

PADCEV™▼
enfortumab vedotin
Injection for IV infusion 20 mg & 30 mg vials

VS.
Verpleegkundig Specialisten Oncologie, Hematologie en Palliatieve Zorg

Voorwoord



SANDRA DE BRUIJN, MSC
verpleegkundig specialist AGZ
Reinier de Graaf
Delft



DESI VAN DEN BOOGAARD, MSC
verpleegkundig specialist AGZ
Jeroen Bosch Ziekenhuis
's-Hertogenbosch

Deze najaarseditie van VS. belooft een bijzondere te zijn. Na acht jaar nemen we afscheid van Lia Smit. Zij stopt met haar werkzaamheden en Tom Smit neemt het stokje over. Lia stond aan het begin van deze glossy, voor en door verpleegkundig specialisten. Het magazine VS. staat en dat door de toewijding van Lia. Uitgeverij Jaap houdt de verpleegkundig specialisten niet alleen op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, maar ook draagt deze uitgeverij via het magazine bij aan de professionaliteit van het beroep van de verpleegkundig specialist. Lia, de redactieraad bedankt je voor de fijne samenwerking en we wensen Tom succes.

In dit nummer komen diverse onderwerpen aan bod met de verpleegkundig specialist in de hoofdrol. Zoals de ervaring van Marieke van den Berg met betrekking tot haar bezoek aan het EHA-congres en het opnemen van de podcast nadien. Christien Oudbier vertelt enthousiast over haar veelzijdige baan in de hematologie, Avigail Wijler neemt ons mee in alle ins en outs van de palliatieve unit en Suzan Ras is drie dagen per week in dienst van Hogeschool Rotterdam, waar ze werkt aan haar promotieonderzoek: een bijzonder PD-traject.

Verder belicht Tineke Smilde, medisch adviseur bij Zorginstituut Nederland, in dit nummer een belangrijk vraagstuk in de zorg voor mensen met kanker of een andere ongeneeslijke ziekte: het goed bespreken van de behandelmogelijkheden en wat dit voor de patiënt betekent in positieve en negatieve zin. Huisarts Mariken Stegmann benadrukt dat ook de huisarts hierin een belangrijke rol kan spelen. Door tijdig het gesprek aan te gaan, ontstaat ruimte om niet alleen te spreken over behandeling en levensverlenging, maar vooral ook over wat voor de patiënt van waarde is. Wat vindt de patiënt belangrijk? Waar wil hij of zij de beschikbare tijd aan besteden? En wat betekent kwaliteit van leven voor deze persoon?

Ook focustaal kan hierin een rol spelen. Carla Frankenhuis legt uit dat met de woorden die we kiezen, we de aandacht van een patiënt kunnen helpen richten op wat gewenst en mogelijk is. Juist bij angst en stress kan taal van betekenis zijn. Niet door moeilijke gevoelens weg te nemen, maar door ruimte te geven aan wat iemand wél wil, belangrijk vindt en nodig heeft. Zo kan taal een krachtig onderdeel worden van het gesprek in de spreekkamer.

In de spreekkamer kan ook aandacht zijn voor leefstijl, waarbij het *Leefstijlroer® bij Kanker* een waardevol hulpmiddel kan zijn. Dit instrument ondersteunt zorgprofessionals bij het voeren van een gesprek over gezond leven, maar biedt tegelijkertijd ruimte om stil te staan bij de persoonlijke wensen en prioriteiten van de patiënt. Leefstijl gaat immers niet alleen over wat gezond is, maar ook over wat iemand belangrijk vindt en wat bijdraagt aan een leven dat voor hem of haar betekenisvol is.

Kortom, er valt dit najaar veel te lezen en te leren in deze editie.

Sandra de Bruijn en Desi van den Boogaard

Desi van den Boogaard en Sandra de Bruijn zijn de afgelopen acht jaar met veel plezier actief geweest in de redactieraad van VS. Met ingang van 1 oktober jl. neemt een verpleegkundig specialist met expertisegebied GE-oncologie het stokje over.



11

EHA26: Marieke van den Berg deelt haar ervaring





23

Kankerbehandeling is meestal mogelijk in de zwangerschap

Interview met Christianne Lok

27

Vitamine D-spiegel op peil houden belangrijk bij oncologische patiënten

Interview met Carola Zillikens



Inhoud

3 Voorwoord

6 Met hart en ziel opgebouwd – hoe een klein initiatief uitgroeide tot een vertrouwde naam in de oncologie
Interview met Lia en Tom Smit

11 EHA26: verpleegkundig specialist deelt haar ervaring

12 Stilstaan een hele vooruitgang
Interview met Tineke Smilde

15 Betere afstemming tussen huisarts en ziekenhuis voor kankerbehandeling kwetsbare ouderen
Interview met Mariken Stegmann

20 Palliatieve unit Spaarne Gasthuis bestaat vijf jaar
Interview met Avigail Wijler

23 Kankerbehandeling is meestal mogelijk in de zwangerschap
Interview met Christianne Lok

27 Vitamine D-spiegel op peil houden belangrijk bij oncologische patiënten
Interview met Carola Zillikens

31 Genieten van veelzijdige baan in de hematologie
Interview met Christien Oudbier

34 Focustaal helpend bij angst en pijn
Interview met Carla Frankenhuis

37 Moleculaire diagnostiek onmisbare schakel in prostaatkankerzorg
Interview met Joost de Baaij en Niven Mehra

40 Op zoek naar interventie die samenwerking domeinen gezondheid en welzijn verbetert
Interview met Suzan Ras

45 ‘Leefstijlroer® bij Kanker’ ondersteunt zorgprofessionals bij gesprek over gezond leven

46 Slaapproblemen na oncologische behandeling
Interview met Petra Boelens

50 De rol van chirurgie bij pancreas-carcinoom
Interview met Marc Besselink

54 De waarde van het GENAYA-project voor de patiënten van de toekomst
Interview met Claudine Nogarede en Marike Broekman

59 Agenda en colofon

40 Op zoek naar interventie die samenwerking domeinen gezondheid en welzijn verbetert

Interview met Suzan Ras



FOTO NFP PHOTOGRAPHY



Lia Smit:
“Ik heb er alle vertrouwen in dat Uitgeverij Jaap onder leiding van Tom alleen maar verder omhoog zal gaan”



Met hart en ziel opgebouwd – hoe een klein initiatief uit-groeide tot een vertrouwde naam in de oncologie

Wat begon als een gedwongen carrièreswitch groeide uit tot een vaste waarde voor zorgprofessionals in de oncologie, hematologie en palliatieve zorg. Nu medeoprichter Lia Smit eind dit jaar afscheid neemt van Uitgeverij Jaap, uitgever van *Oncologie Up-to-date* en *VS.*, is het een goed moment om samen met Tom Smit, haar neef en mede-eigenaar, terug te blikken op de ontstaansgeschiedenis en de rol die de uitgeverij speelde in de ontwikkeling en zichtbaarheid van verpleegkundig specialisten werkzaam in de oncologie.

Het begon met een ontslag in de crisis van 2008. “Ik merkte al snel dat het lastig zou zijn een nieuwe baan te vinden”, vertelt Lia Smit. Het oncologische magazine waarvoor ik tot dan toe werkte, hield op te bestaan. Tegelijkertijd zag ik dat er wel behoefte was aan een onafhankelijk nieuwsblad voor alle disciplines binnen de oncologie. Daar ben ik toen, nu zestien jaar geleden, op heel kleine schaal mee gestart.” Voor Lia, oorspronkelijk histopathologisch analist, was het de ideale manier om haar kennis van de pathologie te combineren met haar liefde voor taal. Toen haar broer Willem, destijds werkzaam als reorganisatiemanager, van de plannen hoorde, wilde hij graag de commerciële kant van het initiatief op zich nemen: de advertentie-verkoop en het ontwikkelen van nieuwe ideeën. En daarmee werd de eerste uitgave van het medisch-wetenschappelijke nieuwsblad *Oncologie Up-to-date* een feit. “Ik had veel van de artikelen zelf geschreven”, weet Lia nog. “Het blad was maar zestien pagina’s, met slechts één advertentie.”

En de naam ‘Uitgeverij Jaap’? Uitgeverij Smit lag voor de broer en zus wellicht meer voor de hand. Lia: “Maar die naam was al bezet. Willem had toen het idee om de uitgeverij naar onze vader te noemen: Jaap. Daar moest ik even aan wennen, maar uiteindelijk vond ik het mooi, ook omdat hij is overleden aan multipel myeloom.”

Spannende beginjaren

De eerste jaren van Uitgeverij Jaap waren spannend, herinnert Lia zich. “Ondernemen zat niet in mijn bloed. Maar het eerste jaar schreven we al geen rode cijfers. We begonnen break-even en hebben van daaruit stap voor stap het vertrouwen van veel zorgprofessionals gewonnen.” Ook Tom, mede-eigenaar van Uitgeverij Jaap en zoon van Willem, herinnert zich die beginjaren als een spannende periode thuis. “Maar wat me vooral is bijgebleven van die tijd is dat Willem ineens heel veel thuis werkte.”

Anders dan bij Lia, lijkt het ondernemerschap Tom wel in het bloed te zitten. “Ik heb een versnelde mbo-opleiding gedaan in Business and Sales en daarna een hbo-opleiding gevolgd met ondernemerschap als invalshoek. In die periode ben ik ook serieus gaan nadenken

Tom Smit: “Ik kon niet wachten om bij Uitgeverij Jaap aan de slag te gaan”

REACTIE VAN:



Marcel Verheij, voorzitter SONCOS en van de redactieraad van *Oncologie Up-to-date*

Sinds het begin van *Oncologie Up-to-date* heb ik het genoegen gehad om met Lia en haar team samen te werken. Haar besluit om zelf een oncologisch magazine te beginnen was zowel spannend als bewonderenswaardig. Maar aan alles merkte je dat Lia er een succes van wilde maken. En dat is glansrijk gelukt! In het begin leek het alsof Lia werkelijk alles zelf deed: interviews houden, verslag maken, vormgeving en meer. Inmiddels staat er een professioneel team en hebben *Oncologie Up-to-date* en *VS.* een stevige plek veroverd in het oncologische veld. Wat mij in het bijzonder aanspreekt is het multidisciplinaire karakter van beide uitgaven, waardoor een breed publiek breed wordt geïnformeerd op een manier die iedereen waardeert. Een mooi moment om het stokje over te dragen. Lia, het was een plezier om met je samen te werken. Ik wens je alle goeds en geniet van deze nieuwe fase in je leven.

over het overnemen van Uitgeverij Jaap." Voordat hij in maart 2021 het stokje van zijn vader overnam, werkte Tom drie jaar bij verschillende bedrijven (een valutahandelaar, een uitgeverij en een mediahuis) om commerciële ervaring op te doen. "Maar die hele periode was ik de tijd aan het aftellen. Ik kon niet wachten om bij Uitgeverij Jaap aan de slag te gaan."



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

TOM EN > LIA SMIT

Tom Smit: “Ik zal zeker niet tornen aan onze kern: zorgprofessionals in de oncologie, hematologie en palliatieve zorg op een journalistiek onafhankelijke en transparante manier op de hoogte houden van de laatste ontwikkelingen”

Magazine voor verpleegkundig specialisten

Waar Uitgeverij Jaap begon met één nieuwsblad, groeide het uiteindelijk uit tot een uitgever die zich op veel meer richtte dan alleen *Oncologie Up-to-date*. Op het platform *oncologie.nu* verschenen ook webinars en e-learnings, video-interviews en podcasts. In 2019 ging Uitgeverij Jaap zich, naast de focus op de medisch specialisten, ook richten op verpleegkundig specialisten werkzaam in de oncologie.



REACTIE VAN:



Sylvia Verhage, namens het VSO Netwerk

Afscheid nemen: dubbel en dwars verdiend! Lia is altijd nauw betrokken geweest bij het magazine VS. en heeft zich met veel enthousiasme ingezet voor de verpleegkundig specialist. Meedenkend en scherp, met waardevolle inhoudelijke tips en ideeën. Nu krijg je tijd om vooral te genieten van alles wat je graag doet. Wandelen en nieuwe recepten uitproberen en volop inspiratie opdoen bij Ottolenghi.
Tom neemt het stokje van je over. Binnen het netwerk VSO hebben we er alle vertrouwen in dat hij jouw betrokkenheid en enthousiasme op een inspirerende manier zal voortzetten.
Lia, bedankt voor alles wat je hebt bijgedragen. We wensen je een mooie en vooral smakelijke tijd toe.

REACTIE VAN:



Koos van der Hoeven, lid redactieraad *Oncologie Up-to-date*

Wat is de sleutel voor succes? Daar zijn managementboeken over vol geschreven: businessplan, marktonderzoek, reclame-uitingen. Maar heel belangrijk is dat je ook mensen meekrijgt. En daar zorgde Lia voor. Lia was de stille kracht achter *Oncologie Up-to-date*. Ze was altijd bescheiden aanwezig, ze hoefde niet op de voorgrond te staan. Als ze je vroeg om ergens aan mee te werken, zei ze er altijd bij dat als het niet uitkwam, je ook nee mocht zeggen. En dat maakte dat je bijna altijd ja zei.
Zo werkte het ook voor *VS.* Met de uitstraling van een glossy en veel inhoud. De verpleegkundig specialisten AGZ spelen tegenwoordig een heel belangrijke rol bij de behandeling van patiënten met kanker. En die rol hebben ze echt wel moeten bevechten. Het magazine *VS.* straalt het zelfvertrouwen uit dat de verpleegkundig specialisten nu terecht hebben. En Lia heeft op een bescheiden wijze van *VS.* een mooi succes gemaakt. Uiteraard gun ik Lia meer vrije tijd. Uitgeverij Jaap staat op de kaart. *VS.* ook.
Ik kijk met heel veel plezier terug op de tijd die ik met Lia heb samengewerkt.

Lia: “Sylvia Verhage, destijds lid van de redactieraad van *Oncologie Up-to-date*, kwam met het idee van een glossy voor en door verpleegkundig specialisten. Dat is het magazine *VS.* geworden.” In die periode was net wettelijk besloten dat verpleegkundig specialisten mochten voorschrijven. Toch werden zij nog niet overal serieus genomen, vertelt Lia. “In de begindagen hebben we daarom veel inhoudelijke stukken geschreven over de positie van de verpleegkundig specialist”, vertelt Lia. “Daar is Sylvia echt de drijvende kracht achter geweest; zij heeft zich vanaf het begin sterk gemaakt om de verpleegkundig specialist te profileren en positioneren.” Inmiddels zijn ook de palliatieve zorg en de hematologie vertegenwoordigd in de redactieraad van *VS.* Zo zijn alle disciplines binnen de oncologische zorg bij het blad betrokken. Bovendien zijn de activiteiten voor verpleegkundig specialisten uitgebreid met verslagen van het jaarcongres, podcasts en webinars.



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

^ TOM EN LIA SMIT

Prominentere plek

Het uitgeven voor verpleegkundig specialisten is anders dan voor medisch specialisten, vindt zowel Lia als Tom. “Vooral in het begin merkte ik dat verpleegkundig specialisten het minder gewend waren om geïnterviewd te worden”, zegt Lia. Tom ziet de verschillen vooral aan de commerciële kant. “Verpleegkundig specialisten zijn over het algemeen sterk gericht op de inhoud van de zorg en daardoor minder zakelijk ingesteld. Daar moeten we dan als uitgeverij aandacht voor hebben. Dat betekent soms kleine concessies doen om adverteerders of sponsoren aangehaakt te krijgen. Bij medisch specialisten zit die wisselwerking er vaak al meer in.” Dat neemt niet weg dat beiden trots zijn op het feit dat ze met Uitgeverij Jaap verpleegkundig specialisten kunnen voorzien van betrouwbare informatie, zowel tumorspecifiek als overkoepelend over belangrijke ontwikkelingen en besluitvorming binnen hun professie. Tom: “Ik hoop dat *VS.* de verpleegkundig specialisten niet alleen op de hoogte houdt van de laatste ontwikkelingen, maar ook dat het magazine bijdraagt aan de professionaliteit van het beroep van de verpleegkundig specialist. Zij spelen een belangrijke rol in het ziekteproces van patiënten en naasten en ik hoop dat we ze hiermee een prominentere plek kunnen geven.”

Hebben ze de verpleegkundig specialisten zien veranderen in de afgelopen jaren? “Ze zijn professioneler geworden”, zegt Lia meteen. Tom vult aan: “Ze zijn zich inmiddels goed bewust van hun rol als regiebehandelaar in het behandelproces van patiënten en pakken tegenwoordig het podium. Bovendien zien we dat verpleegkundig specialisten steeds vertrouwder raken met het doen van interviews of het opnemen van een podcast. Ze krijgen steeds meer ervaring met het bespreken van studieresultaten van congressen en het delen van hun inzichten met de achterban. Daarbij voegen zij een waardevol perspectief toe, omdat zij vanuit een andere invalshoek dan artsen naar dezelfde studieresultaten kijken.”

Dicht bij de doelgroep

Terugkijkend op de afgelopen jaren is Lia vooral trots op hoever Uitgeverij Jaap is gekomen. “Dat het ons gelukt is dit op te zetten en dat we er als kleine uitgeverij nu gewoon staan tussen de grote jongens.” Nu Lia afscheid neemt, zullen haar taken in eerste instantie opgesplitst en overgenomen worden door freelancers. Of er naast Tom iemand komt mede-ondernemen in de uitgeverij is nog even afwachten. “Dat hangt ervan af of we iemand vinden die dat wil doen, maar op dit moment is daar nog geen sprake van.” Wat Tom vooral gaat missen, is Lia’s toewijding aan het bedrijf. “Ze heeft echt haar hart en ziel in het bedrijf gestopt.” Maar veel zal er niet veranderen. “Ik zal zeker niet tornen aan onze kern: zorgprofessionals in de oncologie, hematologie en palliatieve zorg op een journalistiek onafhankelijke en transparante manier op de hoogte houden van de laatste ontwikkelingen. We willen blijven uitbreiden, doorontwikkelen en inspelen op nieuwe ontwikkelingen, maar vooral dicht bij onze doelgroep blijven staan.”

Het laatste woord is aan Lia: “Ik heb er alle vertrouwen in dat Uitgeverij Jaap onder leiding van Tom alleen maar verder omhoog zal gaan. Ik ga er met een gerust hart uit.” | Drs. Bianca Hagenaars, wetenschapsjournalist



EHA26: verpleegkundig specialist deelt haar ervaring

Marieke van den Berg, MSc, verpleegkundig specialist AGZ, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Alweer vier maanden geleden mocht ik, op uitnodiging van het netwerk VSO, naar het jaarcongres van de European Hematology Association (EHA) en heb ik samen met mijn collega internist-hematoloog drs. Dennis Willemsen twee podcasts hierover opgenomen. Het congres vond plaats van 11 tot 14 juni in Stockholm, Zweden.

Het was een indrukwekkende ervaring. Er waren zoveel verschillende collega's, sessies, onderwerpen en studies. Het was zoeken naar de juiste zaal doordat het Stockholmsmässan-complex zo groot is. Zo kwam het wel eens voor dat de volgende sessie, in een zaal aan de andere kant van het complex, alweer halverwege was tegen de tijd dat ik er aankwam.
Het EHA-congres is een Europees congres, maar er waren meer dan 14.000 bezoekers uit meer dan 100 verschillende landen. Het is een hybride congres van vier dagen. Deelnemers konden dus zowel ter plaatse in Stockholm als via het online platform meedoen. Er werd Engels gesproken met allerlei verschillende accenten, wat het uitdagend maakte om de sessies goed te kunnen volgen.

In de voorbereiding hebben we gekeken naar welke ziektebeelden we in onze spreekkamers zien. Ik heb me gericht op de oncologische hematologie en Dennis op de benigne hematologie. Ondanks deze verdeling was het aanbod aan sessies nog steeds overweldigend. De ene sessie was erg praktisch ingestoken over een nieuw behandelplan, terwijl een andere sessie erg wetenschappelijk was met alleen maar cijfers en grafieken. Het viel wel op dat er weinig kwalitatief onderzoek werd besproken.
Interessant vond ik dat zelfs de meest geleerde collega's niet alle antwoorden hebben en dat ze ook niet altijd op één lijn zitten, bijvoorbeeld over zoiets simpels als wel of niet doorgaan met valaciclovir na een varicella-zostervaccinatie.

Het was leuk en leerzaam om aansluitend de podcasts op te nemen, want zo luister je toch weer op een andere manier naar de sessies. Ook was het leuk om collega's uit Nederland te ontmoeten en de gevolgde sessies te bespreken. Het is inspirerend om deel uit te maken van een groot hematologienetwerk binnen Nederland. In de avond zijn we uit eten geweest met collega's, wat ook een mooi moment was om de congresdag te bespreken en te netwerken.

Terugkijkend kunnen we alleen maar concluderen dat het een leerzaam en inspirerend congres was. Ik heb er hernieuwde energie van gekregen om projecten op te pakken binnen mijn ziekenhuis en binnen de landelijke vakgroep VS Hematologie. Dat het congres in het mooie Stockholm was maakte het extra leuk, samen met het uitzonderlijk mooie weer. Ik denk dat het een must voor verpleegkundig specialisten is om ook naar een buitenlands congres te gaan. Wij zelf zullen zeker terugkomen. Volgend jaar is het congres in Barcelona, hopelijk zien we jullie daar!

De podcasts zijn terug te vinden op *netwerkvso.nl*



^ MARIEKE VAN DEN BERG



FOTO IVO VAN DER VELDEN, STUDIO6D

< **TINEKE SMILDE**

"Als je passende zorg goed toepast, dan zal de zorg anders worden verdeeld"



Stilstaan een hele vooruitgang

Dure geneesmiddelen die door de EMA zijn goedgekeurd, kunnen in Nederland in de zogenoemde sluisprocedure terechtkomen. Zorginstituut Nederland adviseert vervolgens de minister van VWS over vergoeding van die geneesmiddelen vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Komt een middel uit de sluis, dan mag het in principe gegeven worden. “Maar dan moet wel kritisch gekeken worden aan welke patiënten precies”, vindt internist-oncoloog dr. Tineke Smilde, medisch adviseur bij Zorginstituut Nederland. “Patiënten krijgen te vaak een behandeling met een duur middel, terwijl dat voor hen geen waarde heeft.”

In principe bepalen de beroepsgroepen voor welke patiënten (dure) middelen worden ingezet. Dat wordt vastgelegd in richtlijnen. De richtlijnen en adviezen worden gebaseerd op de studies waarin de effectiviteit en veiligheid van een middel zijn onderzocht. Tineke Smilde: “Meestal zijn de patiënten die geïncludeerd zijn in die studies fitter en gezonder dan de patiënten in de spreekkamer. Dan moet je je afvragen of een middel wel waarde heeft voor de patiënt tegenover je.” De grote vraag is dan: wie gaat daarover?
Smilde noemt twee belangrijke punten van aandacht. “De beroepsgroep zou een strakkere grens kunnen aanhouden. Bijvoorbeeld door aan te geven dat alleen patiënten die vergelijkbaar zijn qua leeftijd en fitheid met de studiepopulatie in aanmerking komen voor een middel. Nu wordt vaak de groep aan wie een middel gegeven kan worden snel uitgebreid.” Een ander aandachtspunt is het patiëntenperspectief. “Dokters denken vaak dat iedere ongeneeslijk zieke patiënt tijd wil winnen, maar patiënten willen vaak kwaliteit van leven winnen. Daarom moet je goed met de patiënt bespreken wat een behandeling kan opleveren, maar ook wat je ermee kunt verliezen.”

Eerlijk over kansen

Volgens Smilde nemen artsen niet altijd de tijd om de mogelijkheden met de patiënt goed te bespreken. “Zorgverleners moeten eerlijk zijn over de kansen die een individuele patiënt heeft. Soms kan een duur middel vier maanden extra levenstijd opleveren. Dat geldt echter voor een klein deel van de patiënten. Voor het overgrote deel van patiënten levert het middel geen levenswinst op. Ouderen en kwetsbare mensen hebben er vaak veel minder baat bij, terwijl zij wel meer bijwerkingen kunnen ervaren dan mensen die fit zijn. Wat is dan de waarde voor die patiënt? Dat is echt individueel. Overigens gaat het bij kwetsbare patiënten niet alleen om leeftijd, maar ook om multimorbiditeit en psychische, sociale en lichamelijke problemen. Als je goed bespreekt wat een behandeling voor iemand kan betekenen, zowel in positieve als negatieve zin, dan kan het zijn dat een patiënt iets anders kiest. Dan heb je het over passende zorg: zorg die is afgestemd op de patiënt.”

Stilte in de storm

Voor die afstemming is wel een rustmoment nodig. Smilde: “Patiënten zitten in een storm en gaan mee in het tempo van de behandelaar die doorgaat naar de volgende behandeling. Zelfs als hij of zij weet dat de behandeling waarschijnlijk geen effect heeft. Zorgverleners kunnen leren om een moment van stilte in die storm aan te brengen, zodat nagedacht kan worden wat een behandeling betekent voor de patiënt. En de patiënt kan bedenken: Wat levert het mij op en wat verlies ik ermee?”
Smilde denkt dat de verpleegkundig specialist hier van grote meerwaarde kan zijn. “Zij kunnen zowel de patiënt als de dokter helpen even stil te staan.” Zo’n moment van stilstaan valt onder proactieve zorgplanning en daar is een betaaltitel voor. “Als Zorginstituut zien we graag dat die gebruikt wordt. Patiënten mogen geen operatie ondergaan of middelen krijgen als er niet uitvoerig met ze gesproken is”,

> “Dokters denken vaak dat iedere ongeneeslijk zieke patiënt tijd wil winnen, maar patiënten willen vaak kwaliteit van leven winnen”

stelt Smilde. “Ze moeten de kans krijgen om te zeggen wat voor hen goed of genoeg is.”

Andere verdeling van zorg

Passende zorg is niet alleen gunstig voor de individuele patiënt, maar ook voor de zorg in het algemeen. Smilde: “Als ongewenste behandelingen worden voorkomen, dan scheelt dat kosten en inzet van zorgpersoneel.” Ze benadrukt dat het Zorginstituut passende zorg niet ziet als middel om de zorg goedkoper te maken. “Het gaat erom dat je zorg op de juiste manier inzet. Als je passende zorg goed toepast, dan zal de zorg anders worden verdeeld. Wat je uitspaart door behandelingen passend te geven, kun je inzetten op andere plekken in de zorg en voor innovatie. Dan krijg je zorg die niet alleen passend is voor de individuele patiënt, maar voor de zorg in zijn geheel.”

Smilde ziet proactieve zorgplanning als belangrijk onderdeel van passende zorg. Bij proactieve zorgplanning bespreken patiënten, naasten en zorgverleners tijdig over wensen en grenzen rondom toekomstige zorg en het levenseinde. “Dan kijk je samen: wie is deze patiënt, wat is belangrijk voor deze persoon en wat is mogelijk in zijn of haar situatie en omgeving?”

Zorginstituut en meedenken

Zorginstituut Nederland stimuleert het verlenen van passende zorg op verschillende manieren. Smilde: “We hebben proactieve zorgplanning in de medisch-specialistische zorg op de pakketagenda gezet, zodat er ook echt aandacht komt voor een goed gesprek tussen zorgverlener en patiënt. We evalueren en monitoren het gebruik van de betaaltitel en kijken waar implementatie verbeterd kan worden. We zien nu dat mensen worden doorbehandeld en uiteindelijk in het ziekenhuis sterven. Dat is vaak niet gewenst. Tegelijkertijd is er weinig thuiszorg. Dat kan anders.”

> “Verpleegkundig specialisten kunnen zowel de patiënt als de dokter helpen even stil te staan”

Smilde wijst erop dat op de website van het Zorginstituut documenten en voorbeelden over toepassen van passende zorg staan ter ondersteuning van de beroepsgroepen. “Daarin staat bijvoorbeeld hoe je passende zorg dicht bij huis kunt regelen en wat je daarvoor nodig hebt. Maar ook hoe je zorg in de regio passend kunt maken en hoe je afspraken met zorgverzekeraars kunt maken.” Ze geeft aan dat andersom het Zorginstituut de beroepsgroepen nodig heeft om mee te denken over het passend maken van zorg. Vanuit haar achtergrond als internist-oncoloog probeert ze een brug te slaan tussen medisch specialisten en het landelijk zorgbeleid. “Maar input van andere specialisten is altijd welkom”, geeft ze aan. In de spreekkamer kunnen behandelaars al helpen door samen met de patiënt te kijken: wat is hier goed of genoeg? | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist





Betere afstemming tussen huisarts en ziekenhuis voor kankerbehandeling kwetsbare ouderen

Huisarts dr. Mariken Stegmann, UMC Groningen, doet onderzoek naar betere afstemming tussen huisarts en ziekenhuis voor oudere patiënten met kanker. Haar doel: dat iedere patiënt de behandeling krijgt die bij hem of haar past. Wat betreft ziekte en stadium, en wat betreft kwetsbaarheid en persoonlijke voorkeuren.

Een oudere patiënt met kanker ging akkoord met een zware chirurgische behandeling. Maar achteraf vertelde zij aan Mariken Stegmann dat ze niet wist dat ze een keuze had. Opmerkelijk, gelet op de huidige aandacht voor *shared decision-making* in de behandelpraktijk.
"Daar is toch nog echt te weinig aandacht voor", zegt Stegmann. "Dat blijkt ook uit de literatuur over het onderwerp. De patiënt krijgt niet eens altijd mee dat er een keuze is. 'We zouden kunnen beginnen met chemotherapie' betekent feitelijk: we zouden dat ook niet kunnen doen. Dat komt echter niet zo over. Uitvraag van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties in het kader van *Doneer je ervaring* onder patiënten met kanker liet zien dat de patiënten hierin een duidelijke ondersteunende rol voor de huisarts of verpleegkundig specialist zien, maar dat slechts weinigen hebben ervaren dat men hieraan ook invulling geeft. Ik herken dit ook in mijn praktijk als huisarts. Je verwijst de patiënt en dan wil je geen twee kapiteins op het schip. Je bent wel beschikbaar voor vragen en vraagt ook hoe het gaat. Maar een actieve rol spelen in de besluitvorming over de behandeling voelt als bemoeien. Terwijl ik weet dat het de patiënt wel ten goede kan komen. Als huisartsen verwachten

"Als huisarts een actieve rol spelen in de besluitvorming over de behandeling voelt als bemoeien. Terwijl ik weet dat het de patiënt wel ten goede kan komen"


FOTO MARGOT SCHEERDER

∧ **MARIKEN STEGMANN**



FOTO UMC GRONINGEN

MARIKEN > STEGMANN

“Er zou dus na de diagnosestelling opnieuw contact moeten zijn tussen ziekenhuis en huisarts”

we dat iemand anders het bespreken van de behandelopties op zich neemt."

Gedeelde twijfel

Achteraf hoorde Stegmann dat niet alleen zij zelf, maar ook de chirurg had getwijfeld of zij wel het goede had gedaan. "Dit kwam ter sprake toen ik haar later in het proces belde over een gevolg van de behandeling en mijn eigen twijfel uitte", zegt ze. "Het is jammer dat we niet van elkaar wisten dat we allebei twijfelden of zo'n zware chirurgische behandeling wel de beste optie was voor deze patiënt."

In het ziekenhuis wordt in het multidisciplinair overleg (MDO) gekeken naar de ziekte en de daarbij passende behandeling. Maar voor het MDO-team is de patiënt nieuw. De huisarts kent die vaak al jaren en kent ook diens voorkeuren en sociale situatie. Zou die daarom een rol in het MDO kunnen spelen als het om kwetsbare oudere patiënten gaat? "Dat is eerder wel geprobeerd, maar fysiek aansluiten is moeilijk. In een stad heb je te maken met verschillende ziekenhuizen, en daarbuiten wordt het voor zo'n korte bespreking helemaal moeilijk. Zelfs digitaal blijft het lastig om op het juiste moment te kunnen inbellen en het in te passen in je werkagenda. Bovendien zijn MDO's veelal medisch-technisch ingestoken. Het gaat niet om een patiënt, maar om diens CT-scan. Op basis daarvan wordt conform de richtlijn gehandeld. Comorbiditeit wordt wel benoemd, maar de wens en context van de patiënt meestal niet."

Verwijsbrief geen optie

Beschrijving van de wens en sociale context van de patiënt in de verwijsbrief van de huisarts is als alternatief onvoldoende, vindt Stegmann. "Aan het begin van mijn promotietraject heb ik de vraag onderzocht wat dan in die verwijsbrief moest staan", zegt ze. "Dat was in de vorm van een Delphi-studie en daarin zoek je naar consensus. Die luidde dat in de brief twaalf items moeten worden beschreven waarvan één psychosociaal, namelijk of een tolk nodig is. Achteraf snap ik dat ook. Op het moment van verwijzen is er nog geen kankerdiagnose en dus ook geen behoefte aan informatie over wensen en sociale context van de patiënt."

Er zou dus na de diagnosestelling opnieuw contact moeten zijn tussen ziekenhuis en huisarts, concludeert ze. "Over de vraag of vanuit de huisartspraktijk aanvullende informatie beschikbaar is die van belang is voor het behandelplan", zegt ze. "Een soort addendum op de verwijsbrief dus. Maar zoiets bestaat niet in ons zorgsysteem."

Onderzoek

Stegmann besloot tot onderzoek. "Zo'n casus draagt wel bij dat je beseft: hier loopt het vast", zegt ze. "Dit moet toch anders kunnen." Ze verwierf een klinische fellowshipsubsidie van ZonMw. Een unicum voor een huisarts. "Ik las in de *calls* voor de komende periode dat die subsidie bedoeld was voor artsen die naast hun werk onderzoek doen. Ik dacht: dat ben ik. Mensen om me heen gaven me weinig hoop. Maar ZonMw benadrukte dat de subsidie ook beschikbaar was voor artsen buiten het ziekenhuis." Het kwam tot een positief besluit en Stegmann kon in mei haar *Share to care*-onderzoek starten.

> "Het kan ook zijn dat een verpleegkundig specialist de contactpersoon van de huisarts wordt, omdat die meer op het contextvlak contact heeft met de patiënt"

Het is een onderzoek in drie stappen. In de eerste stap gaat ze zorgverleners uit andere landen met vergelijkbare zorgsystemen interviewen. "In een eerste inventarisatie in een internationaal samenwerkingsgroepje waarin ik zit, heb ik uitgevraagd in welke landen na de diagnose wel of niet een gesprek met de huisarts plaatsvindt. Dat leverde nog geen ei van Columbus op."

Vervolgstappen

De tweede stap is onderzoeken welke informatie gedeeld moet worden, en wanneer en op welke manier. "Uit een eerdere kleine vragenlijst onder specialisten en huisartsen kwam dat beide groepen bepaalde informatie zeker belangrijk vinden: de wens van de patiënt, of die mantelzorg krijgt of zelf mantelzorger is en wat diens sociale netwerk is. En uit een implementatieproject weten we dat deelname aan het MDO van een verpleegkundig specialist die de context van de patiënt bespreekt, betekent dat meer behandelopties worden overwogen dan alleen die uit de richtlijn. Het idee zou dus zijn om die informatie voor het MDO te verzamelen. Maar de chirurg zegt: om tien over vijf is de huisartspraktijk al dicht. En de huisarts zegt: de chirurg staat altijd te opereren."

Dit leidde tot een nieuw idee. "Voor patiënten met boezemfibrilleren doen we telecommunicatie met de cardiologen. Die reageren, beschikkend over de juiste informatie, op hun zelfgekozen moment, zonder de patiënt te hoeven zien. Waarom zou dat niet de andere kant op kunnen werken: de chirurg die na de diagnose de huisarts digitaal consulteert over wat belangrijk is om in het behandelplan rekening mee te houden."

Haar uiteindelijke doel is in ieder geval tot een praktisch communicatiesysteem te komen en dat ook landelijk in te voeren. "Misschien kan het beter dan wat ik nu bedacht heb, of ligt er ergens anders al een slim idee. Op dit moment ben ik nog flexibel in de invulling. ZonMw geeft me vijf jaar. Het kan ook zijn dat een verpleegkundig specialist de contactpersoon van de huisarts wordt, omdat die meer op het contextvlak contact heeft met de patiënt." | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

Samen beslissen bij borstkanker: van diagnose tot toekomstperspectief

Gedeelde besluitvorming — in de internationale literatuur aangeduid als *shared decision making* — is per 1 januari 2020 wettelijk verankerd als patiëntenrecht in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. In de oncologie is *shared decision making* of samen beslissen zoals het vaak genoemd wordt, meer dan een juridische formaliteit: het is een dynamisch en doorlopend proces dat de gehele behandelrelatie doordringt. Internist-oncoloog dr. Nir Weijl (Haaglanden Medisch Centrum) besprak in een recente podcast met zijn patiënt mevrouw Georgina Haug — gediagnosticeerd met stadium IV-borstkanker in 2018 — hoe zij in de praktijk samen beslissen vormgeven, wat dat voor hen beiden betekent, en waar nog winst te behalen valt.

Shared decision making is een evidencebased benadering waarbij arts en patiënt gezamenlijk tot een behandelbeslissing komen die zowel het beste wetenschappelijke bewijs als de persoonlijke waarden en voorkeuren van de patiënt integreert.[1-3] De kern ligt in de erkenning dat beide partijen onmisbare kennis inbrengen: de arts brengt klinische expertise mee, de patiënt is de deskundige over het eigen leven en de eigen prioriteiten.[4] Het meest geciteerde theoretische kader is het driestappenmodel van Elwyn et al.: *team talk* (opties introduceren), *option talk* (voor- en nadelen bespreken) en *decision talk* (komen tot een beslissing die de geïnformeerde voorkeur van de patiënt weerspiegelt).[5,6] Ondanks wettelijke verankering in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst blijft de implementatie in de klinische praktijk achter: tijdsdruk en soms paternalistische reflexen bij artsen, maar ook beperkte gezondheidsvaardigheden en de emotionele belasting van de diagnose aan de kant van de patiënt, bemoeilijken echt gedeelde besluitvorming.[7,8]

"*Shared decision making* is niet een moment binnen het spreekuur waarop je zegt: nu gaan we samen beslissen. Het is eigenlijk constant aanwezig in het gesprek — van kleine keuzes over behandeltijdstippen tot de grote vraag: wil ik deze behandeling wel ondergaan?", vertelt Nir Weijl.

De evolutie die Weijl beschrijft in zijn eigen praktijk weerspiegelt de bredere maatschappelijke verschuiving van de afgelopen decennia. Waar een eerste gesprek vroeger een half uur duurde, is dat nu drie kwartier tot een uur: "Omdat de maatschappij — terecht — veel meer uitleg en samen beslissen eist en wil." Die verschuiving is, zo benadrukt hij, niet top-down ingevoerd, maar organisch gegroeid: "*Shared decision making* is organisch de geschiedenis ingeslopen. Het was niet dat iemand zei: vanaf nu doen we aan *shared decision making* — het is gewoon de hele maatschappij die er veel meer mee bezig is." Dat vraagt ook een andere gesprekstechniek: minder top-down, meer horizontaal, met nadrukkelijk meer ruimte voor de patiënt om zelf te kiezen.

Weijl: "Samen beslissen is eigenlijk constant aanwezig in het gesprek — van kleine keuzes over behandeltijdstippen tot de grote vraag: wil ik deze behandeling wel ondergaan?"

Diagnostiek

De diagnostische fase is bij uitstek een moment waarop *shared decision making* zijn waarde bewijst, maar ook bijzondere uitdagingen kent. De grote emotionele belasting van een kankersuspecte bevinding bemoeilijkt de cognitieve verwerking van complexe medische informatie.[9] Bij gemetastaseerde borstkanker komt daar de noodzaak van herhaalde biopten bij progressie bij — onder andere om de tumorbiologie alsnog te karakteriseren — een stap die directe therapeutische consequenties heeft, maar ook van de patiënt vraagt dat zij actief meedenkt en instemt.

Georgina Haug, in 2018 gediagnosticeerd met stadium IV-borstkanker, illustreert hoe *shared decision making* in dit stadium in de praktijk kan werken: "Ik ben geen fan van een leverbiopsie. Maar ik was het er absoluut mee eens: laten we eerst weten waar we mee te maken hebben, voordat we een beslissing nemen over de beste oplossing." Dit herhaalde biopt bracht de cruciale bevinding dat haar tumor HER2-positief werd — een bevinding die de behandelstrategie fundamenteel wijzigde.

Dat diagnostische beslissingen uitzonderlijk complex kunnen zijn, bleek ook uit een situatie waarin de HER2-bepaling verschilde tussen de eigen patholoog en die van het Antoni van Leeuwenhoek in het kader van een studieprotocol. Weijl: "Moesten wij, mevrouw Haug en ik, ons conformeren aan de studiecoördinator, of gingen we onze eigen weg? Dat was echt een complexe situatie. Maar in alle trialprotocollen staat: patiënt gaat voor." *Shared decision making* in de diagnostiek overschrijdt soms multidisciplinaire grenzen, waarbij de patiënt soms de spil van een wetenschappelijke discussie kan worden.

Therapeutisch beleid

Bij de behandeling van borstkanker biedt *shared decision making* een unieke meerwaarde, zeker in de gemetastaseerde setting. De internationale richtlijnen bevatten tientallen behandelregimes met vergelijkbare werkzaamheid, maar sterk uiteenlopende bijwerkingenprofielen.[10] Juist dat onderscheid maakt integratie van patiëntvoorkeuren essentieel, ook al blijkt de implementatie van *shared decision making* in de dagelijkse klinische praktijk onvoldoende.[11] Bij gemetastaseerde ziekte moeten gesprekken over behandeldoelen, bijwerkingen en kwaliteit van leven periodiek opnieuw worden gevoerd naarmate de ziekte en de patiënt veranderen. *Shared decision making* is daarin geen eenpersoonsactiviteit, maar een teaminspanning. Haug: “Het team bestaat uit de internist-oncoloog, de verpleegkundig specialist, maar ook de mensen op de dagbehandeling en de planningsafdeling. Dat is een veel groter systeem dan patiënten in eerste instantie overzien.”



Een illustratief moment betreft de keuze tussen een nieuw goedgekeurd, maar niet breed verkrijgbaar middel (elders in gebruik maar in Nederland nauwelijks beschikbaar) en de standaardbehandeling. Haug vroeg bedenktijd, deed zelf onderzoek en raadpleegde buitenlandse lotgenotengroepen. “Ik voelde me gesteund in de ruimte die ik kreeg om vragen te stellen en eerst mijn eigen antwoorden te vinden. Niets is gemakkelijk in dit proces, maar de ruimte was er.” Weijl bevestigt dat hij nooit druk uitoefent: “Patiënten moeten achter hun behandelkeuze staan.”

Blik op de toekomst

Keuzehulpen zijn evidencebased hulpmiddelen die patiënten informeren over opties, waarden verduidelijken en voorbereiden op het beslismoment.[12] Een recente systematische review analyseerde 29 studies en concludeerde dat bewijs voor positieve uitkomsten aanwezig is, maar dat slechts de helft van de geëvalueerde keuzehulpen voldeed aan de minimum kwaliteitscriteria.[13] Digitale toepassingen bieden toenemende mogelijkheden: online keuzehulpen vergroten kennis, verminderen beslissingsconflicten en verhogen het aandeel patiënten dat een geïnformeerde keuze maakt.[14]

Op systeemniveau vraagt verdere implementatie om structurele maatregelen: training van zorgverleners in gespreksvoering en uitlooptijd in polikliniekroosters. Weijl beschrijft hoe zijn afdeling hier al mee werkt: “We bouwen twee keer per ochtend een kwartier in dat we kunnen uitlopen. Zo zijn we niet gestresst door de wachtrij. Niet op de klok kijken, alles beantwoorden wat de patiënt vraagt, en met elkaar in discussie gaan.”

Haug beaamt het belang van voldoende tijd ervaren. Daaruit voortvloeiend stelt zij dat het belangrijk is dat patiënten het aandurven om vragen te stellen of om verduidelijking te vragen als zij iets niet begrijpen. Dat er buiten het HMC nog veel ruimte voor verbetering is, maakt Haug duidelijk op basis van wat zij hoort van lotgenoten: “Dat het lang niet overal even gangbaar is. Of dat er niet overal evenveel ruimte is om de vragen te stellen, om de tijd te nemen, om dat gesprek echt aan te gaan — en om zelf toch het gevoel te hebben dat je nog regie hebt.”

Tijd is daarin een cruciale factor, maar niet de enige. Haug wijst ook op de cognitieve kant van het proces: als patiënt heb je ruimte nodig om informatie tot je te nemen, te begrijpen wat er gezegd wordt, en alles cognitief te laten landen. “Ik zit daar in die kamer ook met middelen in mijn hoofd en ben niet altijd even scherp. Ik heb soms ook gewoon iets meer tijd nodig om de dingen volledig te laten landen.” De literatuur laat hiernaast steeds vaker zien: niet alle patiënten zijn in gelijke mate toegerust om de rol van actieve beslisser op te pakken — taalvaardigheid, gezondheidsvaardigheden en emotionele draagkracht spelen daarin een even grote rol als de bereidheid van de zorgverlener.[8]

Haug: “Ik denk dat we soms aannemen dat iedereen het wel zal kunnen. Maar niet iedereen is taalvaardig, of is door de emotie bevangen. Hoe kunnen we dit navigeren, samen?” Het stellen van die vraag — aan de arts, aan het team, aan naasten — is misschien wel de essentie van samen beslissen.

| Dr. Judith Cohen, wetenschapsjournalist. Dit artikel is mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van Daiichi Sankyo.

Referenties

1. Stiggelbout AM, et al. BMJ 2012;344:e256.
2. Charles C, et al. Soc Sci Med 1997;44:681-92.
3. Frosch DL, et al. Am J Prev Med 1999;17:285-94.
4. Hargraves I, et al. Health Aff 2016;35:627-9.
5. Elwyn G, et al. J Gen Intern Med 2012;27:1361-7.
6. Elwyn G, et al. BMJ 2017;359:j4891.
7. Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), gewijzigd per 1 januari 2020. Te raadplegen via www.knmg.nl/actueel/dossiers/patientenrechten/behandelingsovereenkomst-wgbo/wijzigingen-wgbo
8. Lee PY, et al. Health Expect 2022;25:2820-32.
9. Riganti P, et al. Cochrane Database Syst Rev 2024;5:CD013822.
10. Rocque GB, et al. Oncologist 2019;24:1313-21.
11. Spronk I, et al. BMC Palliat Care 2018;17:74.
12. Roy MK, et al. Ann Breast Surg 2024. doi:10.21037/abs.2024.10.01.
13. Lopez-Fernandez O, et al. Healthcare 2025;13:748.
14. Villain P, et al. J Med Internet Res 2025;27:e65974.

Bent u geïnteresseerd in het volledige interview met Georgina Haug en Nir Weijl over *shared decision making*? Scan de QR-code en beluister de volledige podcast op *oncologie.nu/podcasts*

NL/ONP/07/26/0001 - Laatste revisie: 07/2026

FOTO NPP PHOTOGRAPHY



AVIGAIL > WIJLER

“Ons werk was voorheen vooral consultatief”



Palliatieve unit Spaarne Gasthuis bestaat vijf jaar

In september 2021 richtte het Team Ondersteunende Palliatieve Zorg (TOPZ) in het Spaarne Gasthuis in Hoofddorp een palliatieve unit op. Aan het roer staan verpleegkundig en medisch specialisten zij aan zij. Avigail Wijler MSc, verpleegkundig specialist AGZ bij het TOPZ, licht toe waarom destijds gekozen is voor een aparte palliatieve unit en vertelt hoe deze is georganiseerd.

Het initiatief voor een palliatieve unit kwam vanuit een bevlogen team van verpleegkundig en medisch specialisten die de behoefte aan een palliatieve unit in het ziekenhuis herkenden.
Avigail Wijler: “In principe is palliatieve zorg generalistische zorg die gedragen wordt door alle zorgprofessionals. Maar door nieuwe behandelingen kunnen mensen langer leven en wordt symptoombestrijding in de palliatieve fase steeds complexer. Specialisten kregen te maken met complexe palliatieve zorgvragen, waarvan de zorg niet op de afdelingen kon worden opgevangen. Bij complexe palliatieve zorg is er op minstens twee van de vier zorgdomeinen een probleem. Het kan bijvoorbeeld zijn dat pijn niet goed onder controle is ondanks adequate pijnstilling en de patiënt ook een groot angstcomplex heeft. Of als een patiënt veel pijn heeft en er onacceptabele bijwerkingen van opiaten optreden. Een ander probleem was dat patiënten die in de palliatieve fase belanden niet allemaal zomaar naar huis kunnen, omdat de zorgvraag te groot is of de complexiteit van de symptoombestrijding te hoog is. Er was expertise nodig om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden. Daarom is er destijds voor gekozen om een palliatieve unit op te richten. Het Spaarne Gasthuis zag daar vooral een rol voor verpleegkundig specialisten weggelegd, omdat we zelfstandig behandelaars zijn.”

> “We zetten onze medische kennis in, maar kunnen ook onze verpleegkundige blik gebruiken”

Inbedding bij oncologie

De palliatieve unit is gesitueerd op de afdeling Oncologie. Wijler: “We hebben, afhankelijk van de capaciteit van de afdeling Oncologie, de mogelijkheid om maximaal vier patiënten op te nemen.”
Financiering is altijd een heikel punt. Hoe is dat geregeld? Wijler: “De unit valt onder de vakgroep Interne geneeskunde, waardoor de palliatieve zorg ook onder interne geneeskunde valt. Voor financiering van consulten door een beroepsbeoefenaar heb je de standaard DBC voor palliatieve zorg.”

Palliatief team aan het roer

Het palliatieve team, bestaande uit vijf verpleegkundig specialisten, twee oncologen en een geriater, runt de palliatieve unit. “Het team van TOPZ bestaat al sinds 2014. Ons werk was voorheen vooral consultatief”, vertelt Wijler. “Maar op de palliatieve unit nemen wij mensen op en fungeren we als regiebehandelaar. De consultaties doen we nog steeds, zowel op de afdelingen als de polikliniek. Per jaar doen we 2.000-2.500 consulten.”
Ook van buiten het ziekenhuis kan men een beroep doen op het palliatieve team. “We werken veel samen met de eerste lijn en doen zo nodig ook huisbezoeken. Soms is dat alleen, soms samen met de huisarts.”
De transmurale consulten en zorg zijn vooral bedoeld voor palliatieve patiënten met een complexe zorgvraag die niet meer in staat zijn om naar het ziekenhuis te komen en bij wie de huisarts graag palliatieve expertise erbij haalt. Recent hebben bijna alle leden van het palliatieve team een echocursus gedaan. “Daardoor is het mogelijk dat we als verpleegkundig specialist ascitesdrainages thuis doen met een mobiel echoapparaat, bijvoorbeeld als iemand veel klachten heeft en niet



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

^ AVIGAIL WIJLER

meer naar het ziekenhuis kan komen. Fijn dat iemand dan gewoon thuis kan blijven."

Patiënten

De palliatieve unit is bedoeld voor patiënten in de palliatieve fase. Een groot deel van de patiënten heeft een oncologische aandoening, maar ook patiënten met een andere aandoening zijn welkom, bijvoorbeeld met hartfalen, nierfalen, neurologische aandoeningen of met een stapeling van ouderdomsklachten.
"We hebben expertise op veel gebieden in huis", zegt Wijler. "Ikzelf kom uit de oncologie, de andere verpleegkundig specialisten uit het team uit de cardiologie, psychiatrie of chirurgie. Als we willen overleggen met een medisch specialist, gaat dat laagdrempelig, bijvoorbeeld met de neuroloog als het gaat om een palliatieve neurologische patiënt. Voorwaarde voor opname op de palliatieve unit is dat een patiënt in een palliatief traject zit en bijvoorbeeld geen oncologische behandelingen meer krijgt", zegt Wijler."

Ligduur

Een opname op de palliatieve unit is over het algemeen kort. "De unit heeft als doel het behandelen van klachten en het optimaliseren van comfort in de palliatieve fase", legt Wijler uit. "Het gaat dan om patiënten met een complexe zorgvraag die niet meer op de verpleegafdeling horen, maar nog niet met ontslag naar huis of het hospice kunnen, omdat er geen plek is in de regio." Daarnaast kunnen mensen tijdelijk worden opgenomen wanneer het thuis onhoudbaar is, bijvoorbeeld door overbelasting van de mantelzorger, en er geen andere

> "De unit heeft als doel het behandelen van klachten en het optimaliseren van comfort in de palliatieve fase"

passende plek is. "Wij proberen de situatie te stabiliseren. Als alles weer in rustiger vaarwater is, bekijken we wat de zorgbehoefte is en waar iemand vervolgens terecht kan: toch (weer) naar huis of naar een andere passende plek."
Wijler schat in dat patiënten gemiddeld een week op de unit verblijven. "Als iemand alleen voor een ascitesdrainage komt is dat korter. Als er geen plek is voor iemand met een complexe zorgvraag, kan het juist langer worden. Maar de insteek is in principe een kortdurende opname. De unit neemt ongeveer 120 patiënten per jaar op. Sommige patiënten komen meerdere keren op de unit."

Succes

De unit functioneert goed volgens Wijler. "Inmiddels weten de medisch specialisten dat er specifieke expertise ligt bij het palliatieve team en de unit. Ze weten ons binnen het ziekenhuis goed te vinden. We zijn 24/7 bereikbaar, niet alleen voor de medische specialisten en arts-assistenten, maar ook voor huisartsen bij spoedvragen die niet tot de volgende werkdag kunnen wachten. Het moet dan wel gaan om patiënten die bij ons bekend zijn."
De samenwerking met de medische specialisten is ook prettig. "Iedereen is gelijkwaardig. Als ik een beleid heb uitgezet hoef ik dat niet te overleggen met de medisch specialist. Natuurlijk kan ik altijd met hen overleggen als ik dat nodig vind. Visite lopen in de ochtend doen we met een medisch specialist en een verpleegkundig specialist of met twee verpleegkundig specialisten. En bij de bereikbaarheidsdiensten draaien we allemaal mee."

Passie

Voor Wijler is palliatieve zorg haar passie. In haar huidige functie komt ze als verpleegkundig specialist ook helemaal tot haar recht. "Als verpleegkundig specialisten bij het palliatieve team vinden we de palliatieve unit het leukste aan ons werk. We zetten onze medische kennis in, maar kunnen ook onze verpleegkundige blik gebruiken. Daarnaast houden we ons bezig met onderwijs over generalistische palliatieve zorg en innovatie, zoals de echocursus. Verder zijn we goed vertegenwoordigd in verschillende werkgroepen, het verpleegkundig stafconvent en in de raad van bestuur. Eigenlijk worden alle competenties die bij een verpleegkundig specialist horen benut."

Mochten verpleegkundig specialisten meer willen weten over de palliatieve unit in Hoofddorp, dan kan men een e-mail sturen naar: *TOPZ@spaarnegasthuis.nl*. Een keer komen kijken kan ook. "We laten regelmatig mensen een halve dag meelopen om te kijken hoe het hier werkt", zegt Wijler. "Dat doen we echt heel graag." | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist



Kankerbehandeling is meestal mogelijk in de zwangerschap

Bij vrouwen die zwanger zijn en kanker hebben, zijn er vaak nog behandelingen mogelijk. “Denk niet te snel dat iets niet kan”, zo houdt prof. dr. Christianne Lok verpleegkundig specialisten voor. Zij is hoogleraar Translationeel onderzoek in de gynaecologische oncologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en gynaecologisch oncoloog in het Antoni van Leeuwenhoek te Amsterdam. Daarnaast is ze voorzitter van de Adviesgroep Kanker in de Zwangerschap.

Kanker in de zwangerschap komt in Nederland niet vaak voor; 1 op de 1.000 tot 1.500 zwangere vrouwen wordt tijdens hun zwangerschap geconfronteerd met een kankerdiagnose. “Dat betekent dat in Nederland zo’n 200 vrouwen per jaar deze diagnose krijgen. Dit betreft uiteenlopende typen kanker. Borstkanker komt bij zwangere vrouwen het vaakst voor, ook omdat dit bij jonge vrouwen in de vruchtbare levensfase de meest voorkomende vorm van kanker is. Er is dus geen oorzakelijke relatie met zwangerschap. Andere typen kanker die vaker bij zwangere vrouwen voorkomen zijn melanoom, cervixcarcinoom en hematologische maligniteiten”, vertelt Christianne Lok.

Fertiliteit

Andersom kan het ook gebeuren dat een vrouw die in een kankerbehandeling zit, zwanger wordt. “Dat komt minder vaak voor dan dat een vrouw tijdens de zwangerschap een kankerdiagnose krijgt. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren tijdens een onderhoudsbehandeling met trastuzumab bij borstkanker. Een vrouw moet dit middel een jaar gebruiken en blijkt dan ineens zwanger te zijn. Maar het komt

“Er is wat betreft kankerbehandeling veel mogelijk tijdens een zwangerschap”



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

^ CHRISTIANNE LOK



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

CHRISTIANNE > LOK

"Oncologische behandelingen kunnen grote gevolgen hebben voor de fertiliteit"

niet vaak voor dat een vrouw tijdens een oncologische behandeling zwanger raakt, omdat als je chemotherapie krijgt de eierstokken daardoor meestal inactief worden. Of als bij een gynaecologische kanker de baarmoeder verwijderd moet worden of bestraling nodig is, zwanger worden natuurlijk niet meer mogelijk is. Dus oncologische behandelingen kunnen grote gevolgen hebben voor de fertiliteit."

Veel vragen

Als een zwangere vrouw kanker blijkt te hebben, doemen er veel vragen op. "Dan komen wij als adviesgroep in beeld. Om welke soort kanker gaat het? Welk stadium? Wat is de standaardbehandeling hiervoor? En kan die behandeling ook tijdens de zwangerschap plaatsvinden? Meestal gaat het bij onverwachte zwangerschappen tijdens een oncologietraject om prille zwangerschappen, tussen zes en tien weken. Dat is een termijn waarop een zwangerschap, als deze echt niet samengaat met de oncologische behandeling, nog kan worden afgebroken. Gelukkig hoeft dat niet vaak, want we kunnen soms de volgorde van de behandeling aanpassen, bijvoorbeeld chemotherapie wat later starten."

Levensvatbaar

Wat wijsheid is, verschilt sterk per situatie, geeft Lok aan. "Stel dat een vrouw met een vroeg-stadium-melanoom zwanger blijkt te zijn, dan kun je de operatie als dit de standaardbehandeling is, gewoon doen. Dan hoef je de zwangerschap niet te beëindigen. Maar bij baarmoederhalskanker in een hoger stadium, waarbij een combinatie van chemotherapie en bestraling de standaard is, wordt het complexer. Die behandeling zal leiden tot onvruchtbaarheid. Dus een zwangerschap beëindigen betekent dan ook dat er nooit meer kinderen zullen komen via de natuurlijke weg. Bij baarmoederhalskanker in een lager stadium zijn er makkelijker aanpassingen van de behandeling mogelijk. Stel dat de zwangerschapsduur op dat moment tien weken is, dan kun je best nog twee weken wachten. Na twaalf weken is chemotherapie relatief veilig in de zwangerschap, omdat de organen dan zijn aangelegd en de placenta veel soorten chemotherapie tegenhoudt. Je hoopt dan dat de chemotherapie aanslaat, al is dat niet de standaardbehandeling bij baarmoederhalskanker, en te komen tot een termijn waarbij het kind levensvatbaar is."

Adviesgroep

In de praktijk kunnen er talloze vragen opkomen als een vrouw tijdens een zwangerschap kanker blijkt te hebben. Mag een vrouw een PET-scan of een MRI met contrast ondergaan? Is bestraling en/of chemotherapie mogelijk? Mag immunotherapie tijdens zwangerschap? Met dergelijke vragen kunnen zorgverleners online terecht bij de Adviesgroep Kanker in de Zwangerschap (AKZ), waarvan Lok voorzitter is.[1] Zij heeft inmiddels meer dan 400 casussen gedocumenteerd die zijn besproken binnen deze adviesgroep. "Vanwege de privacy zijn die casussen niet publiek toegankelijk, maar we gebruiken deze casuïstiek binnen de adviesgroep wel als basis voor het beantwoorden van vragen van zorgverleners. Ruim veertig casussen hebben wij bewerkt, zodat de gegevens niet meer tot een persoon herleidbaar zijn, en beschreven in het boek *Casuïstiek door de jaren heen*, dat ook door verpleegkundig specialisten kan worden besteld.[2]

Het mooie van de adviesgroep is dat die multidisciplinair is. De totaal ruim veertig leden kijken ieder vanuit hun eigen discipline naar een voorgelegde casus. Een kinderarts kijkt naar de risico's voor het kind. Een gynaecoloog kijkt hoe bijvoorbeeld baarmoederhalskanker normaal zou worden behandeld. Een oncoloog kijkt welke chemotherapie haalbaar is."

PET-scan

Als er een verdenking is op kanker tijdens een zwangerschap, is allereerst goede diagnostiek nodig, benadrukt Lok. "Pas dan kun je de behandeling starten en alle overwegingen met de patiënt bespreken. Recent kregen we een vraag rond de diagnostiek binnen. Mag een vrouw met borstkanker een PET-scan en een MRI ondergaan? Dat was een vraag voor de radiologen in onze adviesgroep. Een MRI is onschadelijk, maar de contrastvloeistof moet het liefst niet of in een zo laag mogelijke dosering worden gegeven. Bij melanomen wordt vaak een PET-scan gedaan, maar vaak werd daarvan afgezien vanwege de daarbij gebruikte radioactieve stoffen. Als een PET-scan strikt noodzakelijk was, werd deze gedaan met een zo laag mogelijke dosis van het nucleaire middel. Een mooie nieuwe ontwikkeling is een nieuw type PET-scanner met een *long–axial-field-of-view* (LAFOV). Die maakt mooie beelden, waarbij de foetus minimaal aan straling wordt blootgesteld. Inmiddels is deze PET-techniek op meerdere plekken

KADER

Voorbeelden van effecten van geneesmiddelen bij kanker tijdens de zwangerschap

(Bron: Teratologie Informatie Service, Lareb).

Ondansetron

Dit anti-emeticum geeft in het eerste trimester een minimaal verhoogd risico op specifieke afwijkingen (hartafwijkingen en schisis). Belangrijk is om de voor- en nadelen goed tegen elkaar af te wegen. Er zijn geen aanwijzingen voor nadelige effecten als ondansetron in het tweede en derde trimester wordt gebruikt.

Paracetamol/opioïden

De eerste keus bij behandeling van pijn tijdens de zwangerschap is paracetamol. Opioïden worden met regelmaat gebruikt tijdens de zwangerschap. Kortdurend gebruik in het tweede en derde trimester is soms nodig en lijkt ook te kunnen, maar de langetermijndata over effecten bij de foetus hierover is nog beperkt. Gebruik van opioïden in het derde trimester kan onthoudingsverschijnselen geven bij de baby. Het advies is opioïden alleen te gebruiken als dit echt nodig is.

in Nederland beschikbaar. Dus er is geen reden meer om zwangere vrouwen een PET-scan te onthouden."

Cisplatine

Omdat kanker tijdens de zwangerschap zelden voorkomt, is het niet haalbaar om grote gerandomiseerde studies te doen naar de effecten van kankerbehandeling op het kind, geeft Lok aan. Wel is door observatie in de praktijk een aantal effecten aan het licht gekomen. "We zijn bijvoorbeeld bij platinahoudende kuren dat er iets meer groeivertraging optreedt. Dat kan een paar honderd gram zijn, maar dat is klinisch niet onoverkomelijk. Kinderen halen die groeiachterstand na hun geboorte snel weer in. Ook zijn er enkele gevallen beschreven van gehoorschade of doofheid bij kinderen van moeders die cisplatine kregen."

INCIP

Toch hebben kankerbehandelingen over het geheel genomen, op populatieniveau bekeken, slechts een beperkte invloed op de kinderen die hier tijdens de zwangerschap aan werden blootgesteld. Dat blijkt volgens Lok uit een grote registratiestudie van de International Network Cancer Infertility and Pregnancy (INCIP).[3] "Deze studie is in 2005 begonnen met het registreren van alle vrouwen met kanker in de zwangerschap. Vastgelegd is welke therapie ze kregen, hoe ze zijn bevallen en hoe hun kinderen het deden. Die kinderen zijn heel systematisch onderzocht, bijvoorbeeld in het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie in Utrecht. We zien dat die kinderen het goed doen en zich ook neurocognitief goed ontwikkelen."

Take-home message

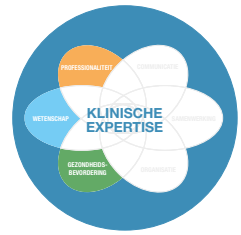
Lok wil verpleegkundig specialisten meegeven dat er wat betreft kankerbehandeling veel mogelijk is tijdens een zwangerschap. "Laat hun eerste reflex niet zijn om een behandeling – bijvoorbeeld pijnstilling of een anti-emeticum – niet te geven. Ondansetron bijvoorbeeld mag in de zwangerschap gegeven worden als daar een goede indicatie voor is, evenals paracetamol en morfine (zie *Kader*). Laat ze bij twijfel vooral de adviesgroep raadplegen of de oncoloog naar ons doorverwijzen. Via onze website kan men online advies vragen.[1] Belangrijk is ook dat verpleegkundig specialisten vrouwen en hun partners doorverwijzen naar een patiëntenvereniging voor kanker in de zwangerschap, de stichting STER(k)."[4] | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Adviesgroep Kanker in de Zwangerschap. Te raadplegen via www.nvog.nl/specialismen/oncologie/werkgroepen/adviesgroep-kanker-zwangerschap-akz
2. Adviesgroep Kanker in de Zwangerschap. Casuïstiek door de jaren heen. Te bestellen via gynaecologie@nki.nl
3. De Haan J, et al. Lancet Oncol 2018;19:337-46.
4. Stichting STER(k). Te raadplegen via www.stermetk.nl

ADVERTENTIE





Vitamine D-spiegel op peil houden belangrijk bij oncologische patiënten

Wat doet vitamine D precies? Waar moet je op letten bij vitamine D-gebruik bij oncologische patiënten? Welke verschillende vormen van vitamine D zijn er zoal? Op deze en dergelijke vragen gaat prof. dr. Carola Zillikens in. Zij is gepensioneerd internist-endocrinoloog in het Erasmus MC te Rotterdam en emeritus-hoogleraar Inwendige Geneeskunde, in het bijzonder complexe en zeldzame botaandoeningen, aan de Erasmus Universiteit.

Carola Zillikens is gespecialiseerd in botaandoeningen en zij heeft in het Erasmus MC het Botcentrum opgericht, waaraan zij jaren leiding heeft gegeven. Mensen met complexe en zeldzame botaandoeningen komen naar dit centrum. “Dit zijn bijvoorbeeld mensen die ondanks goede behandelingen met geneesmiddelen toch nog botbreuken krijgen of botbreuken hebben op heel jonge leeftijd. Onder hen zijn ook patiënten met zeldzame aandoeningen waarbij vitamine D, calcium en fosfaat een belangrijke rol spelen”, vertelt Zillikens.

Hormoon

Allereerst is er de vraag: wat is vitamine D precies? Is het een eiwit of iets anders? “Nee, het is geen eiwit, maar het wordt enerzijds een vitamine genoemd en anderzijds een hormoon”, geeft Zillikens aan. “Je moet kijken naar wat de definitie van een vitamine en van een hormoon is. Een vitamine is een onmisbare voedingsstof die het lichaam meestal zelf niet of onvoldoende kan maken. Een hormoon is een stof die gemaakt wordt ergens in het lichaam en die vervolgens door het bloed naar andere weefsels of organen gaat en zich daar bindt aan een receptor. Daardoor oefent het hormoon zijn effect uit, waarbij er sprake is van een terugkoppelingsmechanisme en regulatie door andere hormonen.

Vitamine D zit een beetje in het midden; de voorlopers kun je enerzijds binnenkrijgen via voeding zoals vette vis en als toevoeging aan margarine, of je kunt het slikken als vitaminesupplement. Maar ook kun je zelf vitamine D in de huid aanmaken vanuit 7-dehydrocholesterol onder invloed van uv-licht. Vitamine D3, cholecalciferol, wordt in de lever omgezet in 25-hydroxy-vitamine D, oftewel calcidiol. Dat is de belangrijkste circulerende vorm die je ook meet om de vitamine D-status te beoordelen. Vervolgens wordt 25-hydroxy-vitamine D in de nier omgezet tot 1,25-dihydroxy-vitamine D, oftewel calcitriol, de biologisch actieve vorm. Die actieve vorm kun je beschouwen als een hormoon dat zich bindt aan de vitamine D-receptor die in veel weefsels aanwezig is en direct de transcriptie van honderden genen beïnvloedt. Die voorlopers zoals vitamine D3 kun je dus meer zien als een prohormoon en de actieve vorm als een echt hormoon.”

Actieve vorm

De actieve vorm van vitamine D, calcitriol, zorgt onder meer in de darm voor opname van calcium en fosfaat uit de voeding, belangrijke stoffen voor de mineralisatie van de botten. “Bekend is dat tijdens de Industriële Revolutie in Engeland kinderen vaak kromme benen kregen, X- en O-benen, als gevolg van vitamine D-tekort door onder andere luchtvervuiling en veel binnen zitten. De gevolgen hiervan werden destijds behandeld met levertraan waarin veel vitamine D3 (cholecalciferol) zit en daarom werd het een vitamine genoemd.

Receptoren voor actief vitamine D zijn aanwezig in veel organen en hebben daar allerlei biologische effecten. Het klinisch best onderbouwde effect van vitamine D betreft echter de calcium- en fosfaathuishouding en daarmee de botgezondheid. Als de vitamine D-spiegel in het bloed echt te laag is, dan kunnen mensen spierzwakte of -pijn krijgen of botpijn en breuken. Ook vermoeidheid kan voorkomen.”

Vitamine D-tekort

Door verschillende oorzaken kan de vitamine D-spiegel te laag worden. “De belangrijkste oorzaak is te weinig blootstelling aan de zon op het midden van de dag, door te weinig buiten komen, in combinatie

FOTO ERASMUS MC



< CAROLA ZILLIKENS

“Er is internationaal geen consensus over wat een optimale vitamine D-spiegel is”

met weinig vitamine D in de voeding. Ziekten die je verhinderen naar buiten te gaan, dragen bij aan een tekort. Verder kan de opname van vitamine D in de darm verminderd zijn bij malabsorptie, zoals bij een chronische darmontsteking, bariatrische chirurgie, pancreas- en leveraandoeningen of coeliakie. Ook bij mensen met obesitas kan de vitamine D-spiegel te laag zijn, omdat vitamine D een vetoplosbare vitamine is en in vet wordt opgeslagen.
Bevolkingsgroepen die een duidelijk verhoogd risico hebben op een tekort zijn mensen met een donkere huidskleur; veel pigment in de huid zorgt dat je minder goed uv-straling kunt benutten voor de aanmaak van vitamine D in de huid. Een andere risicogroep zijn mensen die gesluierd naar buiten gaan of mensen die vaak sterke zonnebrandcrèmes gebruiken. Ook ouderen hebben een verhoogd risico, omdat zij minder vaak buiten komen, maar ook omdat de oudere huid minder goed in staat is om vitamine D aan te maken."

Wanneer en hoe suppleren?

Over wat precies een optimale vitamine-D-spiegel is, bestaat geen volledige internationale consensus, vertelt Zillikens. "In de Nederlandse praktijk wordt vaak een spiegel boven 50 nmol/l aangehouden. Sommige organisaties houden het op minimaal 75 nmol/l. Bij een spiegel lager dan 30 nmol/l loopt iemand risico op rachitis, de eerdergenoemde ziekte bij kinderen tijdens de Industriële Revolutie in Engeland. Bij volwassenen kan dit leiden tot osteomalacie, waarbij het bot onvoldoende mineraliseert. Dit kan botpijnen, proximale spierzwakte en uiteindelijk fracturen veroorzaken en ook een al bestaande osteoporose verergeren. Om een goede vitamine D-spiegel te bereiken, is bij gezonde mensen een dagelijkse dosering van 10-20 µg, overeenkomend met 400-800 eenheden, aangewezen", zegt Zillikens.
Over het algemeen wordt afgeraden om bij gezonde mensen zonder specifieke bot- of spierklachten de vitamine D-spiegel te bepalen."
De Gezondheidsraad geeft – inmiddels wat oudere – adviezen over welke groepen welke dosering moeten krijgen (zie *Kader*).[1] Volgens de laatste multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie uit 2022 wordt aangeraden om iedereen met een verhoogd fractuurrisico te adviseren dagelijks 20 µg (=800 IE) vitamine D te gebruiken. Dagdoseringen van meer dan 75 µg (=3.000 IE) vitamine D en periodieke hoge doseringen van vitamine D (zogenoemde bolusregimes ≥ 1.500 µg; =60.000 IE) vitamine D per maand) worden afgeraden, omdat die een verhoogd valrisico lijken te geven, mogelijk door spierzwakte.[2]

Actieve vorm

De actieve vorm van vitamine D wordt zelden of nooit gegeven enkel voor suppletie, zegt Zillikens. "Het risico bij de actieve vorm is dat de calciumwaarde in het bloed te hoog kan worden. De actieve vorm geef je bijvoorbeeld bij mensen met een ernstige vorm van nierinsufficiëntie of een hypoparathyreoïdie die zelf niet goed inactief vitamine D om kunnen zetten in de actieve vorm. Naast voldoende vitamine D wordt een dagelijkse calciuminname van 1.000 tot 1.100 mg via de voeding aanbevolen bij mensen met een verhoogd fractuurrisico of osteoporose. Dit betekent drie tot vier porties zuivel per dag of supplementen wanneer dit niet lukt.
Belangrijk is dat grote meta-analyses geen duidelijk klinisch relevant effect hebben kunnen aantonen bij gezonde mensen van vitamine D of vitamine D gecombineerd met calciumsuppletie op het risico van botbreuken. Voor mensen met een hoog risico op fracturen of mensen die voor osteoporose behandeld worden streven wij naar voldoende inname van vitamine D en calcium, zoals ook in vrijwel alle studies is gedaan om het effect van osteoporosemedicijnen te beoordelen."

Oncologische patiënten

Bij oncologische patiënten gelden dezelfde risico-omstandigheden voor een lage vitamine D-spiegel als bij gezonde mensen: niet buiten komen, gesluierd naar buiten gaan, een gepigmenteerde huid, geeft

KADER

Dagelijkse behoefte voor vitamine D en bijbehorende aanbevelingen voor suppletie (microgram per dag)[1]

			Niveau van suppletie	
Groep	**Criterium**	**Dagelijkse behoefte**	**Lichte huid met voldoende zonlichtblootstelling**	**Lichte huid met onvoldoende zonlichtblootstelling**
0 tot 4 jaar	Risico rachitis en serum 25-OHD-gehalte > 30 nmol/l	10	10	10
4 tot 50 jaar (vrouwen) en tot 70 jaar (mannen)	Serum 25-OHD-gehalte > 30 nmol/l en totale voorziening	10	0	10
50-70 jaar vrouwen	Serum 25-OHD-gehalte > 30 nmol/l en totale voorziening	10	10	10
Vanaf 70 jaar	Risico op botbreuken en serum 25-OHD-gehalte > 50 nmol/l	20	20	20
Zwangere vrouwen	Serum 25-OHD-gehalte > 30 nmol/l	10	10	10

Toelichting: onvoldoende zonlichtblootstelling is gedefinieerd als dagelijks minder dan 15 tot 30 minuten blootstelling aan hoogstaande zon (tussen 11.00 en 15.00 uur) met hoofd en handen ontbloot bij alledaagse activiteiten. Voor kinderen en volwassenen van 4-50 jaar (vrouwen) en 70 jaar (mannen) geldt dat zij bij voldoende buiten komen ongeveer twee derde van hun behoefte uit blootstelling van de huid aan zonlicht verkrijgen en ongeveer een derde via de voeding, gemiddeld over het hele jaar.

Zillikens aan. “Het risico op osteoporose is verhoogd door het gebruik van bijvoorbeeld aromataseremmers bij borstkanker of hormoonbehandelingen bij prostaatkanker. Bij oncologische patiënten wordt de botgezondheid ook bedreigd door chemotherapie en bestraling, door ziek zijn, door afvallen, minder bewegen, minder botbelasting, en gebruik van glucocorticoïden waardoor de botdichtheid afneemt.”
Bij oncologische patiënten is het daarom belangrijk om aandacht te hebben voor vitamine D-inname en botgezondheid. Bij patiënten met een verhoogd fractuurrisico wordt dagelijkse suppletie met 20 µg (800 IE) vitamine D geadviseerd, naast voldoende calcium.[2] Dit geldt ook voor mensen die behandeld worden met osteoporosemedicatie – zoals bisfosfonaten en denosumab – die wordt gegeven om fracturen te voorkomen of voor behandeling van de oncologische aandoening zelf.”

Aromataseremmers

Zillikens legt uit wat de relatie is tussen het gebruik van aromataseremmers – letrozol, anastrozol, exemestaan – en de botgezondheid. “Dalende spiegels van oestrogenen door de menopauze of voortijdige menopauze zijn een belangrijke risicofactor voor osteoporose en fracturen bij vrouwen. Oestrogenen remmen de botafbrekende cellen, de osteoclasten, en lage spiegels leiden tot versnelde botafbraak, oftewel botresorptie. Onder invloed van aromataseremmers dalen de oestrogeenspiegels verder en neemt de botafbraak nog verder toe, met een hoger risico op osteoporose en fracturen. Calcium- en vitamine D-suppletie zijn dan belangrijk om de botgezondheid niet verder te laten verslechteren. Ook andere leefstijlfactoren zoals voldoende lichaamsbeweging, gezonde voeding en geen sigaretten of alcohol dragen daaraan bij.”

Vitamine D en kanker

Vervolgens schetst Zillikens in grote lijnen wat er bekend is over vitamine D in relatie tot het ontstaan van kanker en progressie hiervan. “Er zijn verschillende studies en meta-analyses gedaan naar het effect van vitamine D op het ontstaan en het beloop van kanker. Deze laten over het algemeen geen vermindering zien van de totale kankerincidentie. Voor de kankersterfte zijn de resultaten minder eenduidig: sommige meta-analyses laten een kleine afname zien, terwijl andere geen significant effect vinden. Vooralsnog is er onvoldoende bewijs dat vitamine D de ontwikkeling of het beloop van kanker beïnvloedt. Vitamine D moet daarom niet worden beschouwd als een antikankerbehandeling.”
In het verleden is er veel epidemiologisch, longitudinaal onderzoek gedaan, waarbij werd gekeken welke ziekten mensen met een lage vitamine D-spiegel krijgen. Dat waren niet alleen fracturen, maar ook meer hart- en vaatziekten, meer depressies, meer infecties en ook meer kanker. Men dacht dus dat vitamine D geven goed zou zijn om deze ziekten te voorkomen, maar dat effect komt niet overtuigend naar voren in gerandomiseerde, placebogecontroleerde studies. We weten allemaal dat een associatie nog niets zegt over de causaliteit van een verband. Het kan dus evengoed zijn dat mensen met deze ziekten een lagere vitamine D-spiegel hadden doordat ze vanwege hun aandoening minder vaak buiten in de zon komen. Een andere verklaring voor de teleurstellende resultaten kan zijn dat meeste deelnemers geen vitamine D-deficiëntie hadden.”

Eenvoudig te behandelen

Het is dus belangrijk om te voorkomen dat oncologische patiënten vitamine D-deficiënt worden. Een vitamine D-tekort is relatief eenvoudig te behandelen door te suppleren en aandacht hiervoor is wenselijk, zo resumeert Zillikens tot slot. “Je ziet tegenwoordig veel supplementen waarin vitamine D wordt gecombineerd met vitamine K2. Er zijn biologische redenen om te denken dat vitamine K een rol speelt bij de botstofwisseling en vaatverkalking, maar het is niet overtuigend aangetoond dat vitamine K2 in combinatie met vitamine D fracturen of hart- en vaatziekten voorkomt. Daarom wordt deze combinatie niet standaard aanbevolen. Bij gebruik van cumarine-antistolling moet je bovendien voorzichtig zijn met vitamine K, omdat het de werking daarvan kan beïnvloeden.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

Referenties

1. Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D. Te raadplegen via www.gezondheidsraad.nl/documenten/2012/09/26/evaluatie-van-de-voedingsnormen-voor-vitamine-d
2. Multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie. Te raadplegen via richtlijnendatabase.nl/richtlijn/osteoporose_en_fractuurpreventie/startpagina_-_osteoporose_en_fractuurpreventie.html

NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT: Akynzeo 300 mg/0.5 mg hard capsules. **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION:** Each hard capsule contains 300 mg of netupitant and palonosetron hydrochloride equivalent to 0.5 mg of palonosetron. Excipients with known effect : Each hard capsule contains 7 mg of sorbitol (E420) and 20 mg of sucrose. It may also contain a trace of lecithin derived from soya. **PHARMACEUTICAL FORM :** Hard capsule. Opaque gelatin capsule of size "0" (length 21.7 mm) with white body and caramel cap with "HE1" printed on the body. The hard capsule is filled with three tablets and one soft capsule. **THERAPEUTIC INDICATIONS :** Akynzeo is indicated in adults for the: prevention of acute and delayed nausea and vomiting associated with highly emetogenic cisplatin-based cancer chemotherapy and the prevention of acute and delayed nausea and vomiting associated with moderately emetogenic cancer chemotherapy. **POSOLOGY AND METHOD OF ADMINISTRATION: Posology:** One 300 mg/0.5 mg capsule should be administered approximately one hour prior to the start of each chemotherapy cycle. The recommended oral dexamethasone dose should be reduced by approximately 50 % when co- administered with netupitant/palonosetron capsules. **Special populations:** *Elderly people* : No dosage adjustment is necessary for elderly patients. Caution should be exercised when using this medicinal product in patients over 75 years, due to the long half-life of the active substances and the limited experience in this population. *Renal impairment* : Dosage adjustment is not considered necessary in patients with mild to severe renal impairment. Renal excretion for netupitant is negligible. Mild to moderate renal impairment does not significantly affect palonosetron pharmacokinetic parameters. Total systemic exposure to intravenous palonosetron increased by approximately 28% in severe renal impairment relative to healthy subjects. The pharmacokinetics of palonosetron or netupitant has not been studied in subjects with end-stage renal disease requiring hemodialysis and no data on the effectiveness or safety of netupitant/palonosetron capsules in these patients are available. Therefore, use in these patients should be avoided. *Hepatic impairment* : No dosage adjustment is necessary for patients with mild or moderate hepatic impairment (Child- Pugh score 5-8). Limited data exist in patients with severe hepatic impairment (Child Pugh score ≥ 9). As use in patients with severe hepatic impairment may be associated with increased exposure of netupitant, this medicinal product should be used with caution in these patients. *Paediatric population* : The safety and efficacy of Akynzeo capsules in the paediatric population have not been established. No data are available. **Method of administration:** For oral use. The hard capsule should be swallowed whole and not opened as it contains 4 single pharmaceutical components that should be administered at the same time. It can be taken with or without food. **CONTRAINDICATIONS:** Hypersensitivity to the active substances or to any of the excipients. Pregnancy. **SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS FOR USE: Constipation:** As palonosetron may increase large bowel transit time, patients with a history of constipation or signs of subacute intestinal obstruction should be monitored following administration. **Serotonin syndrome:** There have been reports of serotonin syndrome with the use of 5-HT3 antagonists either alone or in combination with other serotonergic medicinal products (including selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs). Appropriate observation of patients for serotonin syndrome-like symptoms is advised. **QT Prolongation:** An ECG study was conducted in adult male and female healthy volunteers with oral netupitant either 200 or 600 mg administered in combination with oral palonosetron 0.5 or 1.5 mg, respectively. The study demonstrated no clinically important effects on ECG parameters: the largest point estimate of the placebo and baseline corrected QTc interval was 7.0 ms (one-sided upper 95% confidence limit 8.8 ms), observed 16 hours after the administration of supratherapeutic doses (600 mg netupitant and 1.5 mg palonosetron). Upper 95% confidence limit of the point estimates of placebo and baseline corrected QTcI was constantly within 10 ms at all time points over 2 days after study substance administration. However, since netupitant/palonosetron capsules contains a 5-HT3 receptor antagonist, caution should be exercised in concomitant use with medicinal products that increase the QT interval or in patients who have or are likely to develop prolongation of the QT interval. These conditions include patients with a personal or family history of QT prolongation, electrolyte abnormalities, congestive heart failure, bradyarrhythmia, conduction disturbances and in patients taking anti-arrhythmic medicinal products or other medicinal products that lead to QT prolongation or electrolyte abnormalities. Hypokalaemia and hypomagnesaemia should be corrected prior to administration. Caution should be exercised in patients with severe hepatic impairment since limited data are available in these patients. This medicinal product should be used with caution in patients receiving concomitant orally administered active substances that are metabolised primarily through CYP3A4 and with a narrow therapeutic range. **Chemotherapeutic agents that are substrates for CYP3A4 :** Netupitant is a moderate inhibitor of CYP3A4 and can increase the exposure of chemotherapeutic agents that are substrates for CYP3A4 e.g. docetaxel. Therefore, patients should be monitored for increased toxicity of chemotherapeutic agents that are substrates for CYP3A4, including irinotecan. Furthermore, netupitant may also affect the efficacy of chemotherapeutic agents that need activation by CYP3A4 metabolism. **Excipients :** This medicinal product contains 7 mg of sorbitol (E420) in each hard capsule. The additive effect of concomitantly administered medicinal products containing sorbitol (E 420) (or fructose) and dietary intake of sorbitol (E 420) (or fructose) should be taken into account. The content of sorbitol (E 420) in medicinal products for oral use may affect the bioavailability of other medicinal products for oral use administered concomitantly. This medicinal product also contains 20 mg of sucrose in each capsule. Patients with rare hereditary problems of fructose intolerance, glucose-galactose malabsorption or sucrase-isomaltase insufficiency should not take this medicinal product. This medicinal product contains less than 1 mmol sodium per (23 mg) per hard capsule, that is to say essentially 'sodium-free'. It may also contain a trace of lecithin derived from soya. Therefore, patients with known hypersensitivity to peanut or soya should be monitored closely for signs of an allergic reaction. **UNDESIRABLE EFFECTS: Summary of the safety profile :** Common adverse reactions reported with netupitant/palonosetron capsules were headache (3.6%), constipation (3.0%) and fatigue (1.2%). **Tabulated list of adverse reactions :** Adverse reactions are listed below by MedDRA body system organ class and frequency. The following convention has been used for classification of frequency: Very common (≥1/10), Common (≥1/100 to <1/10), Uncommon (≥1/1 000 to <1/100), Rare (≥1/10 000 to <1/1 000), Very rare (<1/10 000), Not known (cannot be estimated from the available data). **Adverse reactions: Infections and infestations** *rare:* Cystitis. **Blood and lymphatic system disorders** *Uncommon:* Neutropenia, Leucocytosis; *Rare:* Leukopenia, Lymphocytosis. **Metabolism and nutrition disorders** *Uncommon:* Decreased appetite; *Rare:* Hypokalaemia. **Psychiatric disorders** *Uncommon:* Insomnia; *Rare:* Acute psychosis, Mood altered, Sleep disorder. **Nervous system disorders** *Common:* Headache; *Uncommon:* Dizziness; *Rare:* Hypoaesthesia, Somnolence. **Eye disorders** *Rare:* Conjunctivitis, Vision blurred. **Ear and labyrinth disorders** *Uncommon:* Vertigo; *Rare:* Tinnitus. **Cardiac disorders** *Uncommon:* Atrioventricular block first degree, Cardiomyopathy, Conduction disorder, Tachycardia; *Rare:* Arrhythmia, Atrioventricular block second degree, Bundle branch block left, Bundle branch block right, Mitral valve incompetence, Myocardial ischaemia, Ventricular extrasystoles. **Vascular disorders** *Uncommon:* Hypertension; *Rare:* Flushing, Hypotension. **Respiratory, thoracic and mediastinal disorders** *Uncommon:* Hiccups. **Gastrointestinal disorders** *Common:* Constipation; *Uncommon:* Abdominal distension, Abdominal pain, Diarrhoea, Dyspepsia, Flatulence, Nausea; *Rare:* Dry mouth, Dysphagia, Eructation, Haemorrhoids, Tongue coated, Vomiting. **Skin and subcutaneous tissue disorders** *Uncommon:* Alopecia, Urticaria; *Rare:* Erythema, Pruritus, Rash. **Musculoskeletal and connective tissue disorders** *Rare:* Back pain, Pain in extremities. **General disorders and administration site conditions** *Common:* Fatigue; *Uncommon:* Asthenia; *Rare:* Feeling hot, Non-cardiac chest pain, Product taste abnormal. **Investigations** *Uncommon:* Liver transaminases increased, Blood alkaline phosphatase increased, Blood creatinine increased, Electrocardiogram QT prolonged; *Rare:* Blood bilirubin increased, Blood creatine phosphokinase increased, Blood creatine phosphokinase, MB increased, Blood urea increased, Electrocardiogram ST segment depression, Electrocardiogram ST-T segment abnormal, Myoglobin blood increased, Neutrophil count increased, Troponin increased. Post-marketing data indicates that the adverse reactions profile is generally similar to that seen in clinical trials. **Description of selected adverse reactions** *Netupitant:* No common adverse reactions are attributable to netupitant, the new component of the fixed combination. *Palonosetron:* Cases of constipation with faecal impaction requiring hospitalisation have been reported in association with palonosetron 0.75 mg. In addition, eye swelling, dysphoea and myalgia as adverse reactions have been reported with oral palonosetron but not observed during the development of this medicinal product. All these reactions were uncommon. Very rare cases of anaphylaxis, anaphylactic/anaphylactoid reactions and shock have been reported from the post-marketing use of intravenous palonosetron. The signs may include hives, itch, angioedema, low blood pressure, throat tightness, chest tightness, dyspnoea, loss of consciousness. There have also been reports of serotonin syndrome. The signs may include tremor, agitation, sweating, myoclonic movements, hypertonia and fever. *Netupitant/palonosetron combinate capsule:* This medicinal product may contain a trace of lecithin derived from soya. Therefore, patients with known hypersensitivity to peanut or soya should be monitored closely for signs of an allergic reaction. The signs may include hives, skin rash, itching, difficulty breathing or swallowing, swollen mouth, face, lips, tongue or throat and sometimes a drop-in blood pressure. **Reporting of suspected adverse reactions :** Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/risk balance of the medicinal product. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions via the national reporting system: Belgium: Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, www.fagg.be, Afdeling Vigilantie, Website: www.eenbijwerkingmelden.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be. Luxembourg: Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Website : www.guichet.lu/pharmacovigilance. The Netherlands: Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, Website: www.lareb.nl. **PHARMACOTHERAPEUTIC GROUP:** Antiemetics and antinauseants, serotonin (5-HT3) antagonists; ATC code: A04AA55. **MARKETING AUTHORISATION HOLDER:** Helsinn Birex Pharmaceuticals Ltd. Damastown, Mulhuddart, Dublin 15, Ireland. **MARKETING AUTHORISATION NUMBER(S):** EU/1/15/1001/001 **DELIVERY METHOD:** Medicinal product subject to medical prescription. **DATE OF REVISION OF THE TEXT :** 10/2024.
For pricing information applicable to the Netherlands, please refer to the Z-Index Taxe.

Immedica Pharma AB - Solnavägen 3H 113 63 Stockholm - Sweden
Akynzeo® is distributed under licence from Helsinn Healthcare SA, Switzerland.
COM-007662 – Approval date : 09/2026

Akynzeo Immedica



Genieten van veelzijdige baan in de hematologie

Christien Oudbier, MSc, werkt als verpleegkundig specialist AGZ op de afdeling Hematologie in het UMC Utrecht. Ze is vol lof over haar veelzijdige baan, waarin ze nauw samenwerkt met de internist-hematologen op de polikliniek. Van hen heeft ze vertrouwen en een groot stuk zelfstandigheid gekregen. “Er is veel te doen en ik krijg volop kansen om van alles op te pakken.”

Christien Oudbier werkte eerst als verpleegkundige oncologie-hematologie op de verpleegafdeling Hematologie van het UMC Utrecht, voordat ze in 2021 met de MANP-opleiding startte. “Tijdens mijn opleiding was niet helemaal duidelijk welke patiënten ik zou gaan volgen. Dat gaf mij de ruimte om te gaan werken met diverse groepen patiënten. Ik ben met name betrokken bij de follow-up van patiënten die een allogene stamceltransplantatie hebben ondergaan. Daarnaast heb ik de zorg voor andere patiëntengroepen en voer ik beenmergpuncties uit. Gaandeweg mijn opleiding groeide ik naar de rol van behandelaar, iets wat je als verpleegkundige helemaal niet gewend was. Ik kan mijn beroep in de volle breedte uitvoeren door mijn betrokkenheid bij de patiëntenzorg en bij het opzetten van verbeterprojecten, en lesgeven aan de hematologieopleiding.

Alternerende zorg

Samen met haar opleider, een internist-hematoloog, heeft Oudbier afgesproken dat ze alternerende zorg geven bij stamceltransplantaties. “In de eerste maand komt de patiënt wekelijks naar het ziekenhuis voor controle. Dus de ene week wordt de patiënt door mij gezien en de andere week door de hematoloog. Na die maand is de frequentie afhankelijk van onder andere het bloedbeeld en complicaties, maar blijft de om-en-om-constructie bestaan. Mijn rol hierbij start ná de transplantatie, terwijl vóór de stamceltransplantatie de hematoloog en de stamceltransplantatieverpleegkundige alternerend de patiënten spreken. De hematoloog stelt de diagnose en start de voorbereidende behandeling, terwijl de verpleegkundige voorlichting geeft. Dat doen ze goed. Ik zou ook voorafgaand aan de transplantatie best een rol willen hebben, maar we hebben dit zo verdeeld, omdat het in de eerste plaats goed loopt met de stamceltransplantatieverpleegkundigen en omdat ik vooral de poliklinische consulten van de hematoloog heb overgenomen in de posttransplantatiesetting. Verder werk ik samen met twee verpleegkundig specialisten en één verpleegkundige in opleiding tot specialist. Wij hebben ons eigen expertisegebied binnen de hematologie. Met één collega verpleegkundig specialist werk ik samen bij de zorg ná

“Een stukje regie in handen krijgen in het jaar na een stamceltransplantatie blijft lastig”



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

^ CHRISTIEN OUDBIER

FOTO NFP PHOTOGRAPHY



< CHRISTIEN OUDBIER

"Ik ben sinds kort algemeen bestuurslid van de vakgroep Hematologie binnen het Netwerk VSO"

allogene stamceltransplantatie. Ik ben betrokken bij de kortetermijnfollow-up, mijn collega bij de langetermijnfollow-up.

Tevreden

Na het afronden van haar opleiding tot verpleegkundig specialist in 2023 was het best even zoeken naar een goede invulling van haar rol, vertelt Oudbier. “Uiteindelijk is mijn takenpakket heel medisch geworden, maar ik heb uiteraard ook aandacht voor de psychosociale aspecten. Vergeleken met de tijd toen ik nog als verpleegkundige werkte, heb ik nu meer zelfstandigheid gekregen en heb ik ook vertrouwen gekregen van de hematologen. Daar ben ik tevreden over. Maar een stukje regie in handen krijgen in het jaar na een stamceltransplantatie blijft lastig. Als een patiënt wegens een complicatie op de Spoedeisende Hulp komt, dan krijgt de hematoloog daarvan bericht. Maar ik krijg dat dan niet te horen. Soms is een patiënt overleden, terwijl ik dat niet weet. De twee hematologen waar ik het nauwst mee samenwerk, geven dergelijke berichten meestal wel aan mij door. Bij sommige dingen wil ik meer betrokken worden, iets waar ik nog mee worstel. Om te groeien op dit punt ga ik een nascholing over leiderschap volgen.”

Specifieke aandachtspunten

Oudbier vertelt verder over de inhoudelijke kant van haar werk. “Tijdens de consulten na een stamceltransplantatie let ik op een aantal specifieke aandachtspunten. Doet het transplantaat het goed? Zijn er graft-versus-hostklachten? Welke bijwerkingen van de transplantatiemedicatie heeft de patiënt? Huidreacties kunnen bijvoorbeeld voorkomen. Diarree kan optreden of smaakstoornissen, misselijkheid en braken na de chemotherapie. Patiënten zijn na een stamceltransplantatie vatbaar voor infecties. Ik neem met hen de leefregels door, die lijken op die voor COVID-19. Ook moeten patiënten een soort zwangerschapsdieet volgen om infecties te voorkomen. Naarmate mensen zich energieker voelen, kunnen ze zich beperkt voelen door de leefregels, die ze vier maanden moeten volhouden. Zeker mensen die zich fysiek goed voelen, kunnen daardoor mentale problemen krijgen. Verder start ik bijvoorbeeld vaccinaties. Bij twijfel over bepaalde klachten kunnen patiënten altijd laagdrempelig contact met mij opnemen, bijvoorbeeld via een e-consult.”

Oudbier geniet van haar werk, van het contact met de patiënten, maar vooral ook het medische deel van haar takenpakket intrigeert haar. “Ik vind het interessant om te puzzelen met het bloedbeeld en om bijvoorbeeld de behandeling met prednison op te starten en op te volgen bij graft-versus-hostreacties.”

Vakgroep

Oudbier vindt het leuk om zich ook buiten haar afdeling te oriënteren. “Zo ben ik sinds kort algemeen bestuurslid van de vakgroep Hematologie binnen het VSO Netwerk. Ik had weinig contact met andere verpleegkundig specialisten binnen de hematologie. Met hen wil ik graag sparren over zaken waar je tegenaan loopt in je werk. Bijvoorbeeld over hoe je cardiovasculair risicomanagement (CVRM) doet bij patiënten met myeloproliferatieve neoplasmata (MPN), een zeldzame vorm van beenmergkanker? Hiervoor zijn nog geen landelijke richtlijnen. Als je het blokkenschema van de richtlijn CVRM van het Nederlands Huisartsen Genootschap volgt, vallen deze patiënten niet in de hoog-risicogroepen voor cardiovasculaire aandoeningen, terwijl in de praktijk blijkt dat ze wel degelijk een verhoogd cardiovasculair risico hebben. Met de hematologen in het UMC Utrecht heb ik hier lokaal een richtlijn voor ontwikkeld. Het is mooi om dit op landelijk niveau met collega’s te bespreken, bijvoorbeeld in een Whatsapp-community. Verder word ik per september dit jaar ook algemeen bestuurslid van de vakgroep waarin alle verpleegkundig specialisten in ons ziekenhuis zijn verenigd.”

> “Ik sta aan het begin van mijn carrière en ben daarom vooral gefocust op patiëntenzorg, maar de wens om onderzoek te doen is er wel”

Transitiepoli

Is Oudbier ook bezig met onderzoek doen? “Die wens is er wel, maar daarvoor heb ik nu weinig tijd. Ik sta aan het begin van mijn carrière en ben daarom vooral gefocust op patiëntenzorg. Maar ik denk zeker dat er gaandeweg ideeën voor onderzoek zullen ontstaan, vooral voor kwalitatief onderzoek. Promoveren is niet zozeer mijn intentie, ik denk eerder aan praktisch ingestoken onderzoek.” Voor haar masterthesis heeft Oudbier onderzoek gedaan naar wat jongvolwassenen en hun ouders nodig hebben voor een soepele transitie van de kinder- naar de volwassenenzorg vanuit het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie naar het UMC Utrecht binnen de hematologie. “Met de resultaten hiervan werd, in samenwerking met de verpleegkundig specialist vanuit het Prinses Máxima Centrum, de transitiepoli opgericht voor volwassenen met Fanconi-anemie. Dit is een syndroom dat predisponerend is voor kanker. Deze kinderen hebben meestal al een beenmergtransplantatie ondergaan, maar moeten op volwassen leeftijd verder gevolgd worden op het ontstaan van tumoren, bijvoorbeeld in het hoofd-halsgebied of geslachtsorganen. Het zou mooi zijn om dit in een onderzoek een vervolg te kunnen geven en zo de transitiezorg verder te verbeteren.”

Vol voor gaan

Oudbier geniet volop van haar veelzijdige baan. “Er is veel te doen en ik krijg volop kansen om van alles op te pakken. Zo heb ik recent gesproken op twee Europese congressen en heb ik een podcast opgenomen. Aan mijn collega’s zou ik willen meegeven dat als je iets wilt, dat je er dan vol voor moet gaan. Voel je weerstand, dan zijn er altijd wel collega’s te vinden die je willen steunen.” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist



Focustaal helpend bij angst en pijn

Focustaal kan verpleegkundig specialisten helpen om patiënten meer comfort te bieden en hun ervaring van pijn te verzachten, vertelt therapeut Carla Frankenhuis (Praktijk voor Medische Hypnose, Amsterdam). Zij schoolt zorgverleners onder meer in het gebruik van focustaal, ofwel hypnotisch taalgebruik. “Het is waanzinnig mooi als je merkt dat dit taalgebruik helpt om een patiënt bijvoorbeeld rustiger een operatie te laten ingaan.”

Focustaal, ofwel hypnotisch taalgebruik, de termen klinken misschien wat onwennig, maar de positieve effecten hiervan zijn volgens Carla Frankenhuis wetenschappelijk onderbouwd. “Focustaal verlegt de aandacht van de patiënt naar het beoogde positieve effect van een interventie of behandeling. Het gebruik hiervan komt uit de medische hypnose. Focustaal bevat woorden, gericht op bijvoorbeeld comfort, rust, verlichting of verzachting. Bijvoorbeeld: ‘Misschien gaat dit medicijn helpen tegen de misselijkheid’ versus ‘ik geef dit middel om uw maag rustiger te maken, zodat u weer zin in eten krijgt. We zijn geneigd te praten in ‘minder pijn’, ‘minder angst’ of ‘minder moe’. Met taal kun je de focus van de patiënt richten op wat gewenst is.”

Cassettebandje

Frankenhuis, van oorsprong verpleegkundige en al jaren werkzaam als therapeut vanuit haar praktijk voor medische hypnose, vertelt hoe ze in aanraking kwam met de kracht van hypnose en suggestief taalgebruik. “Ik woonde in Amerika, met drie kinderen. Ik had een dubbele hernia en had veel pijn. Ergens in een winkel zag ik een cassettebandje liggen met de titel *hypnosis in the relief of pain*. Het luisteren naar die stem op dat bandje verminderde mijn pijnbeleving. Mijn interesse was gewekt en ik ging me verder verdiepen in medische hypnose.” Frankenhuis besloot hier haar werk van te maken. Ze begeleidt zowel kinderen als volwassenen met pijn- en angstklachten en geeft met collega’s cursussen aan zorgverleners over angst-, pijn- en stressreductietechnieken.

Placebo- en nocebo-effect

Positieve communicatie door focustaal kan leiden tot een groter placebo-effect. “De woorden die je kiest kunnen bijdragen een de effectiviteit van medicatie, behandeling of verrichting. Zo bleek een positieve behandelverwachting het pijnstillende effect van remifentanil zelfs te kunnen verdubbelen en deed een negatieve verwachting dit effect teniet.”[1] Dat laatste heeft te maken met het nocebo-effect: een geringer effect bij een negatieve verwachting. Frankenhuis merkt dat er onder zorgverleners steeds meer aandacht komt voor focustaal in hun zoektocht om patiënten zo goed mogelijk te helpen.
“We geven vanuit ons bedrijf – Skills4comfort – cursussen hierover in het hele land, bij de meest uiteenlopende medische disciplines, van brandwondencentra, kindergeneeskunde, revalidatiecentra, verloskunde en tandheelkundepraktijken tot oncologische centra (zie *Kader*). Veel van wat we de cursisten meegeven is gebaseerd op bijvoorbeeld onderzoek naar placebo- en nocebo-effecten van het Center for Interdisciplinary Placebo Studies van de Universiteit Leiden.”

Geheugenstoornissen

Tijdens de cursussen komt Frankenhuis allerlei voorbeelden van taalgebruik van zorgverleners tegen. “In een van mijn cursusgroepen was een oncoloog die patiënten met prostaatkanker behandelt. Een geneesmiddel hiertegen, enzalutamide, geeft bij ongeveer 10% van de gebruikers geheugenstoornissen. De oncoloog vertelde dit aan zijn patiënten. Bijna alle patiënten meldden daarna problemen met hun geheugen. Toen ging de oncoloog dit anders formuleren: ‘u

> “Met taal kun je de focus van de patiënt richten op wat gewenst is”



FOTO WIEP VAN APELDOORN

^ CARLA FRANKENHUIS

heeft een kleine kans op een geheugenstoornis bij dit middel, maar bij 90% van de mensen blijft het geheugen goed werken'. Daarna meldde vrijwel geen enkele patiënt meer geheugenproblemen."

Bewezen effectief

Medische hypnose heeft wetenschappelijk bewezen positieve uitkomsten, bijvoorbeeld bij acute en procedurele pijn, chronische pijn, posttraumatische stressstoornis, slaapstoornis en angst en depressie. Bij hypnose wordt er een bepaalde bewustzijnstoestand – 'trance' – geïnduceerd: een verhoogde concentratie op een beeld of gedachte en dissociatie van de omgeving. Bij medische hypnose geeft de behandelaar suggesties voor gewenste veranderingen in gevoelens, waarnemingen, gedachten en/of gedrag.[2] Frankenhuis geeft een voorbeeld. "Een patiënt moest worden geopereerd vanwege een tumor. Het complicatierisico was hoog en ze was extreem angstig. Bij haar zocht ik naar iets waar ze een positieve associatie mee had. Dat was zitten met haar man in de zon op de bank bij het vakantiehuisje. Door te visualiseren dat ze het zonlicht als een beschermende koepel om zich heen kon voelen, leerde ze zichzelf rustig te maken en meer vertrouwen te hebben. Het mooie is dat het aanleren van zelfhypnose het gevoel van autonomie versterkt."

"Het aanleren van zelfhypnose versterkt het gevoel van autonomie"

> “Een professional gebruikte focustaal, positieve non-verbale communicatie en afleiding voor haar kind dat een operatie moest ondergaan. Haar kind ging heel rustig de narcose in”

Prikkelbaredarmsyndroom en oncologische toepassing

Het effect van medische hypnose is onder meer aangetoond bij kinderen en volwassenen met het prikkelbaredarmsyndroom.[3,4] “Op basis van het onderzoek bij kinderen is medische hypnose nu eerste keus in de Europese richtlijn voor de behandeling van prikkelbaredarmsyndroom bij kinderen”, zegt Frankenhuis. “Zowel begeleiding door een zorgverlener als thuisprogramma’s via de website *hypnosebijbuikpijn.nl* bleken effectief.”

Een andere studie toont dat training van het personeel in gebruik van positieve, suggestieve taal, kan helpen om het aantal no shows bij MRI’s te verlagen.[5] Frankenhuis werkt zelf mee aan onderzoek naar een oncologische toepassing van medische hypnose. “Vanuit het Amsterdam UMC loopt een pilotstudie waarin we onderzoeken of medische hypnose kan zorgen dat jongeren met kanker die behandeld worden met chemotherapie minder angst, stress en somberheid ervaren. De resultaten hiervan zijn nog niet bekend.”

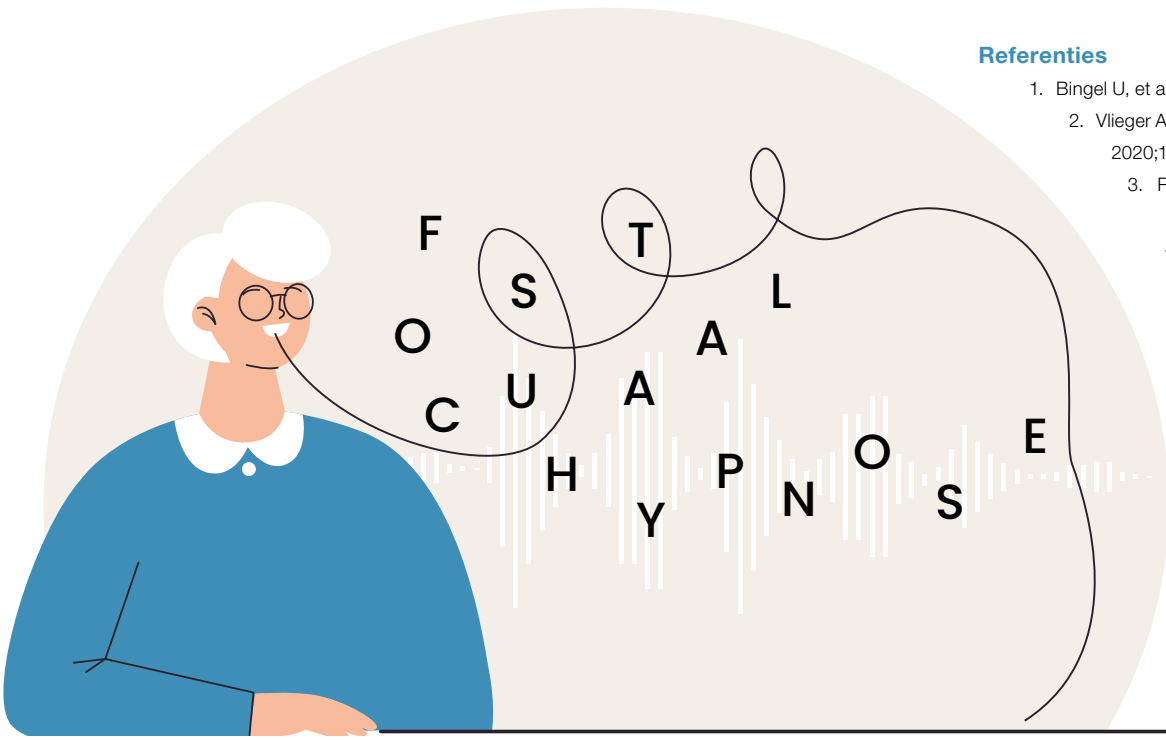
KADER

Training over focustaal

Via *www.skills4comfort.nl* is een eendaagse training over focustaal te boeken. Deze training is bedoeld voor medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, anesthesiemedewerkers, SEH-personeel en een breed scala aan extramurale zorgverleners, zoals tandartsen, huisartsen en orthopedagogen. De insteek is het verbeteren van patiëntencontact, meer comfort tijdens ingrepen, verminderen van stress, angst en pijn, het sneller en efficiënter laten verlopen van procedures en een verhoogde patiënttevredenheid.

Meer plezier

Deze voorbeelden onderstrepen hoe geschikt focustaal is om patiënten door stressvolle gebeurtenissen heen te helpen. Het team van Skills4Comfort krijgt dan ook veel enthousiaste reacties van hun cursisten. “Deelnemers ervaren meer plezier in hun werk en merken dat ze patiënten makkelijker door een procedure heen kunnen loodsen. Een verpleegkundige die bij ons de cursus had gevolgd vertelde dat haar eigen kind een operatie moest ondergaan. Ze gebruikte focustaal, positieve non-verbale communicatie en afleiding. Haar kind ging heel rustig de narcose in. Hoe gaaf is dat!” | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist



Referenties

1. Bingel U, et al. Sci Transl Med 2011;3:70ra14.
2. Vlieger AM, et al. Ned Tijdschr Geneeskd 2020;164:D4877.
3. Rutten JM, et al. Arch Dis Child 2013;98:252-7.
4. Hoekman DR, et al. J Crohns Colitis 2021;15:1106-13.
5. Norbash A, et al. J Magn Reson Imaging 2016;44:1040-7.



Moleculaire diagnostiek onmisbare schakel in prostaatkankerzorg

De behandeling van gemetastaseerde prostaatkanker wordt steeds persoonlijker. Moleculaire diagnostiek speelt daarbij een belangrijke rol: genetische kenmerken van de tumor kunnen niet alleen iets zeggen over de prognose, maar ook richting geven aan de behandeling. “We begrijpen steeds meer van de achtergrond van de ziekte”, zegt internist-oncoloog dr. Niven Mehra (Radboudumc, Nijmegen). Samen met verpleegkundig specialist AGZ Joost de Baaij, MSc. (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen) gaat hij in op de rol van moleculaire diagnostiek bij prostaatkanker.

“De belangrijkste verandering is wel dat de behandeling bij gemetastaseerde prostaatkanker niet meer *one size fits all* is”, vertelt Joost de Baaij. “We kunnen de behandeling inmiddels veel meer personaliseren.” De afgelopen jaren is er veel meer informatie beschikbaar gekomen over de prognostische betekenis van zowel tumor- als kiembaanmutaties, vertelt Niven Mehra. “Daar komt bovenop dat we patiënten op basis van bepaalde mutaties kunnen selecteren voor een specifieke behandeling. Ons vak is hiermee veel interessanter geworden.”

Direct brede diagnostiek

“Tot voor kort keken we alleen naar *BRCA1*- en *BRCA2*-mutaties, onder meer vanwege de indicatie voor PARP-remmers, en naar een aantal mismatch-repairgenen die kunnen leiden tot microsatelliet-instabiliteit (MSI) en daarmee relevant kunnen zijn voor immunotherapie. Maar het aantal relevante genen is inmiddels flink uitgebreid. Zo kijken we nu ook naar genen die betrokken zijn bij homologe-recombinatie-reparatie (HRR), zoals *ATM, CDK12, CHEK2, PALB2* en verschillende *RAD51*-genen. Afwijkingen in deze genen zijn mogelijk relevant voor de inzet van PARP-remmers. De belangrijkste meerwaarde van moleculaire diagnostiek is dus dat een uitslag nieuwe behandelopties kan opleveren. Ongeveer een kwart van de patiënten met gemetastaseerde prostaatkanker heeft een moleculaire afwijking waarvoor een gerichte behandeling in beeld kan komen. “We hebben voor deze patiënten kortweg meer keuze”, zegt De Baaij.

Vanwege de implicaties voor de behandeling wordt in het Radboudumc inmiddels bij alle patiënten met gemetastaseerde prostaatkanker die castratieresistent worden direct brede moleculaire diagnostiek ingezet, vertelt Mehra. Maar de ontwikkelingen staan niet stil. “Eind 2026 komt er waarschijnlijk vergoeding voor een PARP-remmer in combinatie met een androgeenreceptorpathway-inhibitor (ARPI) bij patiënten met hormoongevoelige, gemetastaseerde prostaatkanker. Dan schuift de moleculaire diagnostiek verder naar voren en zouden we de tests al bij patiënten met de novo gemetastaseerde ziekte moeten inzetten.”

Gevolgen voor familie

De moleculaire diagnostiek bij prostaatkanker richt zich niet alleen op somatische mutaties, maar ook op genetische predispositie. Mehra: “Afhankelijk van bepaalde risicofactoren en de familieanamnese screenen we patiënten met prostaatkanker ook op kiembaanmutaties

Mehra: “Ons vak is door de moleculaire diagnostiek veel interessanter geworden”



in genen als *BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2* en *PALB2*. Een brede tumortest kan deze patiënten met een mogelijke aanleg eerder identificeren. Dat kan vervolgens aanleiding zijn om te beoordelen of verwijzing naar de klinische genetica nodig is, volgens de Leidraad voor verwijzing na DNA-onderzoek in (tumor)weefsel."[1]
Een positieve uitslag voor een kiembaanmutatie kan gevolgen hebben voor familieleden, die mogelijk een verhoogd risico hebben op verschillende vormen van kanker. Dat biedt kansen voor preventie en vroegdiagnostiek, maar kan anderzijds ook een emotionele belasting vormen, aldus Mehra. "Patiënten kunnen zich bijvoorbeeld verantwoordelijk voelen, omdat zij die mutaties aan hun kinderen hebben doorgegeven. En ook voor die kinderen kan het impact hebben. Kennis van een erfelijke aanleg kan bijvoorbeeld gevolgen hebben voor het aanvragen van een levensverzekering of hypotheek."

Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Voor de verpleegkundig specialist ligt dan ook een belangrijke rol in het begeleiden van patiënten tijdens het traject van moleculaire diagnostiek. Daarbij gaat het niet alleen om het aanvragen van de test, maar ook om het uitleggen van het doel van de diagnostiek en de mogelijke consequenties van de uitslag. Zij bespreken wat een somatische of kiembaanmutatie betekent, welke gevolgen een uitslag kan hebben voor de behandeling en wanneer een verwijzing naar de klinische genetica aan de orde is.
De Baaij geeft aan dat de mogelijkheid voor het inzetten van moleculaire diagnostiek bij hem inmiddels standaard besproken wordt tijdens het multidisciplinair overleg (MDO). "Het is een soort gezamenlijke verantwoordelijkheid." Daarbij is het volgens De Baaij belangrijk om niet alleen te kijken naar de aanwezigheid van een mutatie, maar vooral naar de betekenis ervan voor de individuele patiënt. Het vertalen van moleculaire informatie naar een passende behandelkeuze is een belangrijke rol van de verpleegkundig specialist, zegt hij. "Kan een patiënt de behandeling met PARP-remmers wel aan? Moleculaire diagnostiek kan weliswaar deuren openen, maar niet voor iedereen is die deur geschikt." Maar het vak wordt daar volgens hem wel leuker van. "We kunnen steeds meer een behandelplan op maat maken voor patiënten."

Knelpunten

Hoewel de toepassing van moleculaire diagnostiek de afgelopen jaren sterk is toegenomen, zijn er in de praktijk nog verschillende knelpunten. Zo geeft De Baaij aan dat de kwaliteit van beschikbaar tumorweefsel een beperking kan zijn. "We voeren de diagnostiek nu meestal uit op oude biopten." Maar met name als de biopten tien jaar of ouder zijn, neemt de kwaliteit van het DNA vaak sterk af. Dit bemoeilijkt het uitvoeren van betrouwbare moleculaire diagnostiek op deze biopten.
Een ander knelpunt, vult Mehra aan, is dat tot een aantal jaar geleden moleculaire diagnostiek nog te weinig werd ingezet, terwijl er al wel een indicatie was voor PARP-remmers. "Inmiddels gaat het testen gelukkig veel beter." Toch gebeurt het volgens hem nog niet overal op het juiste moment. "Voordat we gaan nadenken over een eerstelijnsbehandeling moeten we eigenlijk de moleculaire status van een patiënt al weten. Soms wordt de diagnostiek pas ingezet als alle standaardbehandelingen uitgeput zijn. Dat is echt te laat."
Daarnaast brengt niet elke test alle relevante afwijkingen in beeld. "Bij *BRCA2* kunnen naast mutaties ook deleties relevant zijn. Met sommige tests worden die minder goed gevonden", zegt Mehra. "Maar



^ DE BAAIJ



FOTO STUDIO SEESING

∧ NIVEN MEHRA



FOTO RICHARD MARTENS, CWZ

juist patiënten met een *BRCA2*-deletie kunnen uitzonderlijk goed reageren op een PARP-remmer.” Een ander aandachtspunt is de opvolging van een gevonden mutatie. Wanneer bij tumordiagnostiek onder andere een *BRCA1*- of *BRCA2*-mutatie wordt gevonden, is het belangrijk om na te gaan of sprake kan zijn van een erfelijke mutatie.

Bij- en nascholen

De Baaij en Mehra verwachten dat moleculaire diagnostiek de komende jaren steeds meer zal bijdragen aan een behandeling die is afgestemd op de individuele patiënt. Bredere moleculaire tests en een beter begrip van de tumorbiologie kunnen helpen om patiënten nauwkeuriger te stratificeren en behandelingen gerichter te kiezen. De elkaar snel opvolgende ontwikkelingen maken dat de verpleegkundig specialist zich moet blijven bij- en nascholen, besluit Mehra. “Bijvoorbeeld via congressen en vakinhoudelijke bijeenkomsten.” Maar daarbij gaat het volgens De Baaij niet alleen om kennis van de verschillende mutaties. “Het is vooral belangrijk die informatie tijdig beschikbaar te hebben voor het maken van een behandelkeuze. Moleculaire diagnostiek is daarmee geen losstaande test, maar een essentiële schakel in het behandeltraject en de verdere ontwikkeling van gepersonaliseerde prostaatkankerzorg.” | Drs. Bianca Hagenaars, wetenschapsjournalist

Referentie

1. Leidraad voor verwijzing na DNA-onderzoek in (tumor)weefsel. Te raadplegen via artsengenetica.nl/info/leidraad-voor-verwijzing-na-dna-onderzoek-tumorweefsel



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

< SUZAN RAS–VAN SPIJK

"Als je iets wilt, ga ervoor en zoek daarbij mensen die je helpen en ondersteunen. Je bent zo goed als dat je netwerk is"



Op zoek naar interventie die samenwerking domeinen gezondheid en welzijn verbetert

Suzan Ras–van Spijk, MSc, verpleegkundig specialist AGZ, werkzaam op de afdeling Interne oncologie in Franciscus in Rotterdam, onderzoekt hoe de domeinen gezondheid en welzijn optimaal met elkaar kunnen samenwerken. Ze ontwikkelt hiervoor een interventie, met de focus op mannen met prostaatkanker in de palliatieve fase. “We willen dat ze zo lang mogelijk thuis kunnen wonen, met regie over hun eigen leven.”

Suzan Ras werkt twee dagen per week als verpleegkundig specialist Uro-oncologie bij de afdeling Interne oncologie in het Franciscus Gasthuis in Rotterdam. Daar behandelt ze samen met oncologen patiënten met uitgezaaide blaas-, nier- en prostaatkanker. Daarnaast is ze drie dagen per week in dienst van de Hogeschool Rotterdam, waar ze promotieonderzoek doet. Binnen deze vorm van doctoraat kunnen mensen met een hbo-opleiding en een aanvullende masteropleiding promoveren. “In 2023 heeft de overheid akkoord gegeven voor een acht jaar durende pilot, waarin professionals vanuit het hbo – met 26 deelnemende hogescholen – een professioneel doctoraat (PD)-traject kunnen volgen. Het regieorgaan SIA, onderdeel van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) is financier van het traject.”

Los en versnipperd

Bijzonder aan het PD-traject is dat dit helemaal is gericht op wetenschappelijk, praktijkgericht onderzoek, volgens Ras. Ze gaat, geïnspireerd door input vanuit de praktijk, een interventie ontwikkelen die helpt om de domeinen gezondheid en welzijn integraal met elkaar te laten samenwerken. Die spitst ze toe op patiënten met gemetastaseerd prostaatcarcinoom, om haar onderzoek af te bakenen, maar het probleem dat welzijn en zorg nog te veel los en versnipperd van elkaar werken, is uiteraard veel breder. “De aanleiding van mijn onderzoek is dat steeds meer mensen prostaatkanker krijgen en doordat we met zijn allen steeds ouder worden, leven deze mensen ook langer met allerlei behandelingen en de gevolgen daarvan. Maar de personeelstekorten in de zorg nemen toe en het aantal mantelzorgers neemt af. Deze dreigen overbelast te raken.”

Incluzio Rotterdam

Daarom is het volgens Ras van belang dat de medische (ziekenhuis) zorg en de mogelijkheden die er zijn binnen het domein welzijn optimaal op elkaar worden afgestemd. “Je kunt de verschillende domeinen niet los van elkaar zien. Nu staat ziekenhuiszorg en het domein welzijn behoorlijk los van elkaar. In de eerste lijn zie je wel iets meer samenwerking met welzijn.”
Dat deze samenwerking ook nodig is tussen het domein welzijn en ziekenhuiszorg, illustreert Ras met een voorbeeld. “Een alleenstaande patiënt met autisme moest naar het Erasmus MC voor een reeks van veertig bestralingen. Vanwege zijn autisme had hij begeleiding nodig. Gelukkig had hij een zus die hem af en toe naar het ziekenhuis kon rijden, maar hoe moest ze in vredesnaam die veertig ritten georganiseerd krijgen? Dat leverde haar veel stress op. Uiteindelijk kon via Incluzio Rotterdam een pool van vrijwilligers worden samengesteld die de zus konden ontlasten, waardoor ze minder vaak hoefde te rijden. Ik kwam erachter dat er allerlei regelingen zijn voor mantelzorgers die in de knel komen, waarover advies is in te winnen via de Mantelfoon.”

Dagelijks leven

Deze casus illustreert exact hoe noodzakelijk het is om van elkaar te weten wat eenieder doet en welke mogelijkheden er binnen de diverse domeinen zijn om patiënten te helpen. Behoeftes van patiënten met

VSN
Verpleegkundig Specialisten Netwerk Niercelkanker

Maandag 16 November 2026

Nierkanker VS/Verpleegkundigen symposium

Locatie: Jachthuis Beukenrode I Beukenrodelaan 2 I 3941 ZP Doorn

Programma

Maandag 16, november 2026 I 16.00 - 20.30 uur

- Van watchful waiting naar behandeling: wanneer is het juiste moment? - Britt Suelmann
- Hoe selecteer je een 1e-lijns behandeling voor je patiënt? - Britt Suelmann
- Lokale behandeling van botmetastasen bij nierkanker. - Lisa Dootjes
- Spiegelbepalingen bij TKIs: zin en onzin. - Lisanne van Merendonk
- Leven met nierkanker: een persoonlijk perspectief op diagnose en behandeling. - Patiënt
- Betrokkenheid van de patiënt bij samen beslissen, resultaten van IKCC wereldwijde patiënten vragenlijst. - Bert van Rixtel
- Kwaliteit van leven tijdens en na immunotherapie: wat weten we uit onderzoek? - Mees Egeler



Aanmelden

Dit kan eenvoudig. Scan de code met de camera van je telefoon en volg de stappen op je scherm.

IPSEN

Deze bijeenkomst wordt mogelijk gemaakt door Ipsen Farmaceutica B.V.

ALLSC-NL-000092 augustus



^ SUZAN RAS–VAN SPIJK

"De reacties vanuit het ministerie OCW op mijn projectpresentatie waren enthousiast"

gemetastaseerd prostaatcarcinoom reiken veel verder dan alleen een goede behandeling, stelt Ras. "Bij hen is de kwaliteit van leven verminderd. Er is grote impact op het dagelijkse leven, op werk, gezin en relaties. Een hypotheek nemen is bijvoorbeeld lastig als je ziek bent. Daarom denk ik dat best veel vragen van deze mensen niet over gezondheidszorg gaan, maar over onzekerheden in het leven, zoals op financieel vlak. Typisch vragen die binnen het domein welzijn thuishoren. Ziekzijn raakt alle facetten van het leven van een patiënt en diens naasten."

Blauwdruk

Belangrijk is om patiënten een soort routekaart te kunnen geven die toont waar ze allemaal terechtkunnen als ze ongeneeslijk ziek zijn. "Welke voorzieningen zijn er? Waar kunnen ze welke hulp vragen? Hoe loopt de financiering? De overheid geeft in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond Actief Leven Akkoord (GALA) aan dat er integraal samengewerkt moet worden tussen de domeinen gezondheid en welzijn. Hoe dat precies moet, staat niet beschreven. Dat geeft mij speelruimte om een interventie te ontwikkelen om die samenwerking te verbeteren. Hoe die eruit komt te zien, weet ik nu nog niet, maar ik denk aan een soort blauwdruk, wellicht met een toolbox erbij. Ik heb vijf jaar de tijd gekregen en verwacht op dit onderzoek aan het eind van de looptijd te promoveren."

Cocreatie

Kenmerkend voor het type onderzoek dat Ras doet, is dat de interventie gaandeweg steeds wordt bijgeschaafd. "Ik baseer mijn interventie op bestaande systemen of gevalideerde modellen. Die interventie test ik dan in een praktijkwerkplek, zodat ik kan leren van de zorgverleners, en de interventie daarop kan aanpassen. Cocreatie is het uitgangspunt, waarbij de behoefte van de patiënt centraal staat.
Nu ben ik bezig met een behoefteonderzoek voor de regio Rotterdam. Welke onderzoeksrapporten zijn er bijvoorbeeld beschikbaar over hoe de samenwerking tussen het domein welzijn en ziekenhuizen kan verbeteren? Deze 'grijze' literatuur vat ik met de wél hierover gepubliceerde literatuur samen in een scoping review. Om de behoeften van patiënten in hun thuissituatie te peilen, werk ik één dag in de week bij Stichting Humanitas Rotterdam, een grote VVT-organisatie in Rotterdam."

Gezond ziek zijn

Met de te ontwikkelen interventie wil Ras bijdragen aan een optimale kwaliteit van leven van mensen met gemetastaseerd prostaatkanker. "We willen mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen, met zoveel mogelijk regie over hun eigen leven. Maar hoe doe je dat dan als ze al ziek zijn? Hoe ben je op een 'gezonde' manier ziek? Dit is ook de titel van mijn PD-traject: 'Gezond ziek in 2040'. Dit jaar heb ik als stip op de horizon geplaatst, omdat als de zorg niet verandert we afstevenen op een zorginfarct, als de vergrijzing zijn piek heeft bereikt."

Enthousiast

Tot slot wil Ras haar collega's het volgende meegeven: "Als je iets wilt, ga ervoor en zoek daarbij mensen die je helpen en ondersteunen. Je bent zo goed als dat je netwerk is. We moeten niet bescheiden zijn om onze ideeën naar voren te brengen. Ik denk dat onze inbreng vanuit de praktijk belangrijk is voor wetenschappelijk onderzoek, maar ook bij het maken van beleid, of dat nu op ziekenhuisniveau, op regionaal of op landelijk niveau is. Leuk is dat ik in juni 2026 mijn project mocht presenteren voor de minister van OCW. De reacties vanuit het ministerie waren enthousiast." | Drs. Marc de Leeuw, wetenschapsjournalist

INTERVIEW

Ontlastingsdagboek geeft inzicht bij opioïdgeïnduceerde obstipatie

Opioïdgeïnduceerde obstipatie (*opioid-induced constipation*; OIC) komt veel voor bij patiënten die opioïden gebruiken, zowel bij oncologische als niet-oncologische pijn. Volgens drs. Lotte Mandigers (longarts & lid palliatief team, Anna Ziekenhuis, Geldrop) verdient OIC vanaf de start van de behandeling meer aandacht. Het nieuwe ontlastingsdagboek helpt arts en patiënt om beter grip te krijgen op deze hardnekkige bijwerking.



∧ LOTTE MANDIGERS

Waar bijwerkingen als misselijkheid en braken soms afnemen, blijft obstipatie bij opioïdgebruik vaak aanhouden. Het ontstaat doordat opioïden aangrijpen op de μ-opioïdreceptoren in de darm, waardoor de gastro-intestinale motiliteit afneemt. Patiënten hebben moeite met ontlasting, zijn misselijk of eten minder goed. Bij de start van een opioïd krijgen patiënten daarom uitleg over het risico op obstipatie, leefstijladviezen (voldoende drinken, vezelrijk voedsel eten en bewegen waar mogelijk) en het preventief gebruik van een osmotisch laxans. “Je wilt voorkomen dat iemand pas start met een laxans als hij of zij al helemaal verstopt is”, aldus Lotte Mandigers.

Knelpunt bij evaluatie

Obstipatieklachten zijn voor zowel patiënten als zorgverleners niet altijd goed in kaart te brengen. Obstipatie kan al kort na de start van een opioïd optreden, terwijl de eerste pijnevaluatie vaak pas weken later plaatsvindt. “Dan weet een patiënt soms niet meer goed hoe de ontlasting is geweest of wanneer de klachten optraden”, zegt Mandigers.

Dagboek geeft inzicht

Het nieuwe ontlastingsdagboek brengt obstipatie eerder en beter in beeld, aan de hand van de Rome IV-criteria en een visuele weergave van de Bristol-stoelgangschaal. “Voor de patiënt benadrukt het het belang van aandacht voor obstipatie, en voor de arts geeft het beter inzicht in de ernst en het beloop”, zegt Mandigers.

Dagboek in de praktijk

Het dagboek wordt idealiter meegegeven bij de start van het opioïd, samen met uitleg over obstipatie, preventie en wanneer contact moet worden opgenomen. “Bij de evaluatie ben je alert op veranderingen ten opzichte van de uitgangssituatie. Minder dan twee keer per week ontlasting, hard persen, harde ontlasting, een blokkadegevoel of onvolledige lediging kunnen wijzen op OIC.”

Behandeling opschalen

“Als het dagboek wijst op OIC, evalueer ik eerst of de patiënt de leefstijladviezen heeft opgevolgd en de preventief voorgeschreven laxantia ook daadwerkelijk heeft ingenomen”, legt Mandigers uit. “Als het osmotisch laxans onvoldoende effect heeft, eventueel na ophogen of combineren met een contactlaxans, start ik met een perifeer werkende opioïdreceptorantagonist (PAMORA).” Ook na het starten van een PAMORA is het waardevol om de ontlasting bij te houden en zo het effect van de behandeling te volgen.

Aandacht voor obstipatie

Mandigers concludeert: “Bij het voorschrijven van een opioïd is voldoende aandacht voor obstipatie essentieel. Informeer de patiënt over wat te verwachten, geef uitleg over preventieve maatregelen en geef ook aan wanneer de patiënt contact op moet nemen.” Het ontlastingsdagboek is een praktisch handvat om OIC inzichtelijk te maken.

Dit artikel en het scheurblok zijn tot stand gekomen met dank aan de onafhankelijke bijdrage van drs. Lotte Mandigers.



Scan de QR-code en vraag het scheurblok **‘7-daags Ontlastingsdagboek bij Opioïdgebruik’** kosteloos aan.

“Je wilt voorkomen dat iemand pas start met een laxans als hij of zij al helemaal verstopt is”

NL-NON-2026-00073



'Leefstijlroer® bij Kanker' ondersteunt zorgprofessionals bij gesprek over gezond leven

Het 'Leefstijlroer® bij Kanker' biedt zorgprofessionals handvatten om een gezonde leefstijl te bespreken met patiënten die leven met of na kanker. Dit praktische hulpmiddel dat een handig scheurblok is voor in de spreekkamer, gratis te verkrijgen via de webshop bevat adviezen op zes leefstijlgebieden waarmee ook de patiënten zélf aan de slag kunnen om hun gezondheid te bevorderen. De Vereniging Arts & Leefstijl en Stichting kanker.nl lanceerden het 'Leefstijlroer® bij Kanker' op 20 april 2026, op initiatief van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK).



Aanleiding om het 'Leefstijlroer® bij Kanker' te ontwikkelen was de uitslag van de *Doneer Je Ervaring*-peiling die de NFK in 2024 deed onder ruim 5.500 patiënten die leefden met of na kanker. Uit die peiling kwam naar voren dat minstens 70% van hen minstens één leefstijlonderwerp zou willen bespreken met een zorgverlener, maar dat dit gesprek er in de praktijk niet altijd van komt. Bijna 75% van de patiënten gaat zelf op zoek naar informatie over een gezonde leefstijl. Online komen ze allerlei informatie tegen die ze niet altijd als bruikbaar ervaren. Daarnaast weten ze lang niet altijd waar ze de juiste hulp kunnen vinden. Het 'Leefstijlroer® bij Kanker' geeft zorgprofessionals handvatten om met patiënten in gesprek te gaan over leefstijl. Daarnaast kunnen patiënten ook zélf aan de slag met de informatie die dit hulpmiddel biedt over verschillende leefstijlgebieden.

Zes leefstijlgebieden

Het 'Leefstijlroer® bij Kanker' is een pdf-bestand waarin puntsgewijs op zes verschillende leefstijlgebieden wordt aangegeven welke stappen patiënten kunnen zetten: voeding, verbinding, middelen, beweging, ontspanning en slaap. Een tip bij 'voeding' is bijvoorbeeld om tijdens de behandeling voldoende eiwitten te eten. Bij 'verbinding' wordt bijvoorbeeld aangeraden om vooral met mensen om te gaan waar je energie van krijgt en om gevoelens en emoties te uiten. Een advies op het leefstijlgebied 'middelen' is om geen alcohol te drinken en schermgebruik te beperken. Adviezen op de andere leefstijlgebieden zijn bijvoorbeeld twee keer per week spieroefeningen doen, regelmatig de natuur in gaan en regelmatige tijden voor nachtrust hanteren.

Wetenschappelijk onderbouwd

Stichting kanker.nl heeft voor patiënten inzichtelijke informatie over leefstijl bij kanker samengevat. Deze informatie is te vinden in het online dossier 'Gezond leven met en na kanker (leefstijl)'. Via een QR-code die vermeld is op het Leefstijlroer® worden gebruikers hiernaar doorverwezen.

Zelfregie bevorderen

Met de introductie van het 'Leefstijlroer® bij Kanker' willen de NFK, de Stichting kanker.nl en Vereniging Arts & Leefstijl zelfregie bevorderen en ondersteunen bij de inmiddels ruim 900.000 mensen die leven met en na kanker in Nederland. Het 'Leefstijlroer® bij Kanker' is gefinancierd door de Coalitie Leefstijl in de Zorg, waarbij zich steeds meer organisaties in de gezondheidszorg aansluiten. Aangesloten zijn onder meer de KNMG, Diabetesvereniging Nederland, NHG, ZonMw en V&VN.

Meer informatie

Het 'Leefstijlroer® bij Kanker' is te vinden via *www.kanker.nl/nieuws-berichten/nieuw-leefstijlroer-voor-mensen-met-kanker*
Het leefstijlroer® is ook als scheurblok te bestellen en er is een webinar beschikbaar via *www.artsenleefstijl.nl/shop/kanker*



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

PETRA > BOELENS

"Als de patiënt zelf niet over slaapproblemen begint, komt het vaak niet ter sprake"



Slaapproblemen na oncologische behandeling

Behandeling van kanker kan leiden tot verschillende langetermijnklachten, waarvan vermoeidheid het meest voorkomt. De oorzaak van die moeheid is multifactorieel, maar slaapproblemen leveren een belangrijke bijdrage. Dr. Petra Boelens, revalidatiearts bij Rijndam Revalidatie (locaties Franciscus Vlietland, Schiedam, en Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht) vertelt over de samenhang tussen slaapproblemen en oncologische behandelingen. Medisch specialistische revalidatie bij oncologie lijkt de slaapgezondheid positief te beïnvloeden.

Petra Boelens deed met collega's onderzoek naar slaapproblemen na kanker.[1] Daarvoor gebruikten de onderzoekers data uit zes revalidatiecentra uit de periode 2021-2023. De data bestonden onder meer uit vragenlijsten ingevuld door mensen die oncologische revalidatie ondergingen voorafgaand en na afloop van de revalidatie. "Uit de EORTC QLQ-C30-vragenlijsten over kwaliteit van leven verkregen we gegevens over vermoeidheid en slaap", vertelt Boelens. "Van de mensen die in die periode bij ons binnenkwamen voor oncologische revalidatie kampte 76% met vermoeidheid en ongeveer 60% met slaapproblemen."

Slaapcycli

Bij de slaapproblemen kan het gaan om slapeloosheid, onvoldoende slaapkwaliteit en verstoring van het bioritme. "Bij een normale slaap heb je een sluimertoestand, oppervlakkige slaap, diepe slaap en REM-slaap. Deze vormen een cyclus", legt Boelens uit. "Tijdens de nacht doorloop je een aantal van die cycli. De diepe slaap zorgt voor lichamelijk herstel en tijdens de REM-slaap vindt emotioneel en cognitief herstel plaats." Zaak dus om voldoende van de verschillende slaapfasen te doorlopen en dat gaat nu juist mis bij veel (ex-)kankerpatiënten.

> "Mensen lopen soms al jaren rond met slaapproblemen alvorens ze bij ons komen"

De oorzaak daarvan kan biomedisch of psychisch van aard zijn. Bij psychische factoren gaat het bijvoorbeeld om nachtmerries bij PTSS, angst voor terugkeer van de kanker of een depressie. "Zeker de helft van de mensen die bij ons komen, kampt met verwerkingsproblemen en dat heeft zijn weerslag op de slaapkwaliteit", meldt Boelens.

Pijn en hormonale veranderingen

Bij biomedische oorzaken gaat het vaak om pijn en hormonale veranderingen. Pijn kan komen door weefselschade door bijvoorbeeld een operatie of bestraling, of door zenuwschade door bestraling of chemotherapie. Boelens: "Pijn op zich kan iemand uit de slaap houden. Daarnaast kan pijn iemand tot een andere, minder prettige slaaphouding dwingen, waardoor de slaapkwaliteit vermindert."
Afname van hormonen door een behandeling kunnen de slaap eveneens flink ondermijnen. Boelens: "Het gaat dan om antihormoontherapie bij bijvoorbeeld borst- of prostaatkanker, chemotherapie, bestraling van het kleine bekken of verwijderen van de eierstokken bij ovariumcarcinoom." Door de hormonale veranderingen komen mensen, mannen incluis, vervroegd in de overgang met als gevolg opvliegers, nachtzweten, stemmingswisselingen, vermoeidheid en slaapproblemen. Bij mensen die al in de overgang waren, kunnen hormoonreducerende behandelingen de overgangsklachten flink versterken.

Andere slaapongemakken

Boelens geeft voorbeelden van andere ongemakken die de slaap beïnvloeden. "Stel dat iemand graag op zijn buik slaapt, maar na een operatie voor darmkanker een stoma heeft", zegt Boelens. "Dan kan buikslapen minder prettig zijn. Bovendien wordt diegene elke keer

bij het slapen gaan herinnert aan de ziekte die hij of zij heeft gehad. Dan heb je tevens een psychische factor die de slaap beïnvloedt."
Een ander voorbeeld betreft tongkanker. "Soms wordt bij iemand de hele tong weggehaald en vervangen door een transplantaat afkomstig van de arm. De patiënt kan dan 's nachts wakker schrikken, omdat hij of zij iets vreemds in de mond voelt dat als een sok in de mond of andere obstructie aanvoelt."
Ook enzymen kunnen de slaap negatief beïnvloeden. "Een patiënt bij wie een deel van de pancreas was weggehaald wegens een pancreascarcinoom, moest enzymen slikken voor de spijsvertering. Daardoor ging zijn buik zo borrelen dat hij er slecht door sliep."



MSRO-revalidatie en slaaphygiëne

In de eerder genoemde studie bleek dat na de medisch specialistische revalidatie conform de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie' (MSRO) er een afname te zien was van de slapeloosheid. "De revalidatie is een multidisciplinaire behandeling van drie tot vier maanden, waarbij we een combinatie van problemen aanpakken, zowel lichamelijke als psychische", zegt Boelens. "Patiënten worden

"Medisch specialisten hebben soms onvoldoende voelsprieten voor slaapproblematiek na oncologische behandelingen"

ADVERTENTIE



GEACCREDITEERDE E-LEARNING

HUIDTOXICITEIT

bij oncologische behandelingen

Verpleegkundig specialist AGZ
Marianne Klinkhamer, MSc
(Tergooi MC)

Internist-oncoloog
dr. Robert Jan Kwakman
(UMC Utrecht)

1. Huidtoxiciteit in het algemeen
2. Herkenning van verschillende vormen van huidtoxiciteit
3. Verwachte huidtoxiciteit per oncologisch middel
4. Behandeling en begeleiding van huidtoxiciteit

Naast de vier hoofdonderwerpen bevat de e-learning casuïstiek:
- Hand-voetsyndroom (o.a. door capecitabine)
- Huidtoxiciteit bij anti-EGFR-therapie
- Huidtoxiciteit bij encorafenib + cetuximab
- Huidtoxiciteit bij immunotherapie

Terugkerend voorbeeld door de e-learning heen is colorectaal carcinoom, met de kanttekening dat de beschreven huidtoxiciteit ook bij andere maligniteiten kan voorkomen.

LAAT JE GEGEVENS ACHTER ZODAT JE DIRECT OP DE HOOGTE BENT WANNEER DE E-LEARNING LIVE STAAT

Accreditatie wordt aangevraagd bij:
NIV, VSR en Kwaliteitsregister V&V

NL-NP-2600015 NL-ERB-00066, approval date: 09/2026

DEZE NASCHOLING IS FINANCIEEL MOGELIJK GEMAAKT DOOR MERCK EN NORDIC PHARMA



FOTO NFP PHOTOGRAPHY

^ PETRA BOELENS

"Mensen die maar een paar uur per nacht slapen, kun je naar een slaap-oefentherapeut verwijzen"

begeleid door een diëtist en krijgen twaalf weken tweemaal per week oncologische fysiotherapie. Daarnaast krijgen ze ergotherapie en psychosociale zorg om te leren om te gaan met de gevolgen van hun ziekte en om hun kwaliteit van leven te verbeteren. Per locatie en hulpvraag kan dit verschillen in inhoud qua groepen en duur. Het lijkt erop dat die aanpak de slaapkwaliteit ten goede komt." In dezelfde studie werd ook een verbetering van kwaliteit van leven gemeten. Dat kan gecorreleerd zijn aan de slaapverbetering; vermoeidheid en slapeloosheid hebben immers impact op de kwaliteit van leven.

MSRO is misschien niet meteen nodig. Veelal wordt gewerkt met het stepped-caremodel, waarbij patiënten eerst minder zware zorgvormen krijgen aangeboden, zoals oncologische fysiotherapie in de eerste lijn of psychosociale zorg in het ziekenhuis. "Soms is het al voldoende om mensen op de basisvoorwaarden voor goed slapen te wijzen", zegt Boelens. "Mensen met een oncologische aandoening hebben veel aan hun hoofd en denken daar uit zichzelf niet aan." Zij heeft het dan over een koele, frisse slaapkamer met voldoende verduistering en kort voor het slapen gaan niet meer zwaar eten of op een beeldscherm kijken. Bovendien is het belangrijk om bij vermoeidheid niet te veel overdag te slapen, omdat dan 's nachts de slaapbehoefte minder is.

Aandacht voor slaapkwaliteit

Boelens denkt dat er meer aandacht kan zijn voor de slaapproblematiek na oncologische behandelingen. "Medisch specialisten hebben daar soms onvoldoende voelsprieten voor. Dat is geen onwil; vaak gaat het er in de follow-up vooral om of iemand een recidief heeft of niet. Als de patiënt zelf niet over slaapproblemen begint, komt het ook niet ter sprake." Zij denkt dat verpleegkundig specialisten betere voelsprieten hebben. "Zij staan vaker stil bij de mens in zijn geheel en kunnen vragen naar eventuele klachten. Bovendien denk ik dat patiënten zich tegenover hen makkelijker uitspreken."

Een lastmeter kan helpen om de langetermijnklachten na oncologische behandeling beter te monitoren. Boelens: "Vaak vullen mensen een kwaliteit-van-levenvragenlijst in, maar daar gebeurt niet altijd wat mee. Als je daar een signaleringssysteem aan koppelt, kunnen zorgverleners de mensen eruit pikken die een hoge last ervaren qua slaapproblemen, pijn of stemmingen."

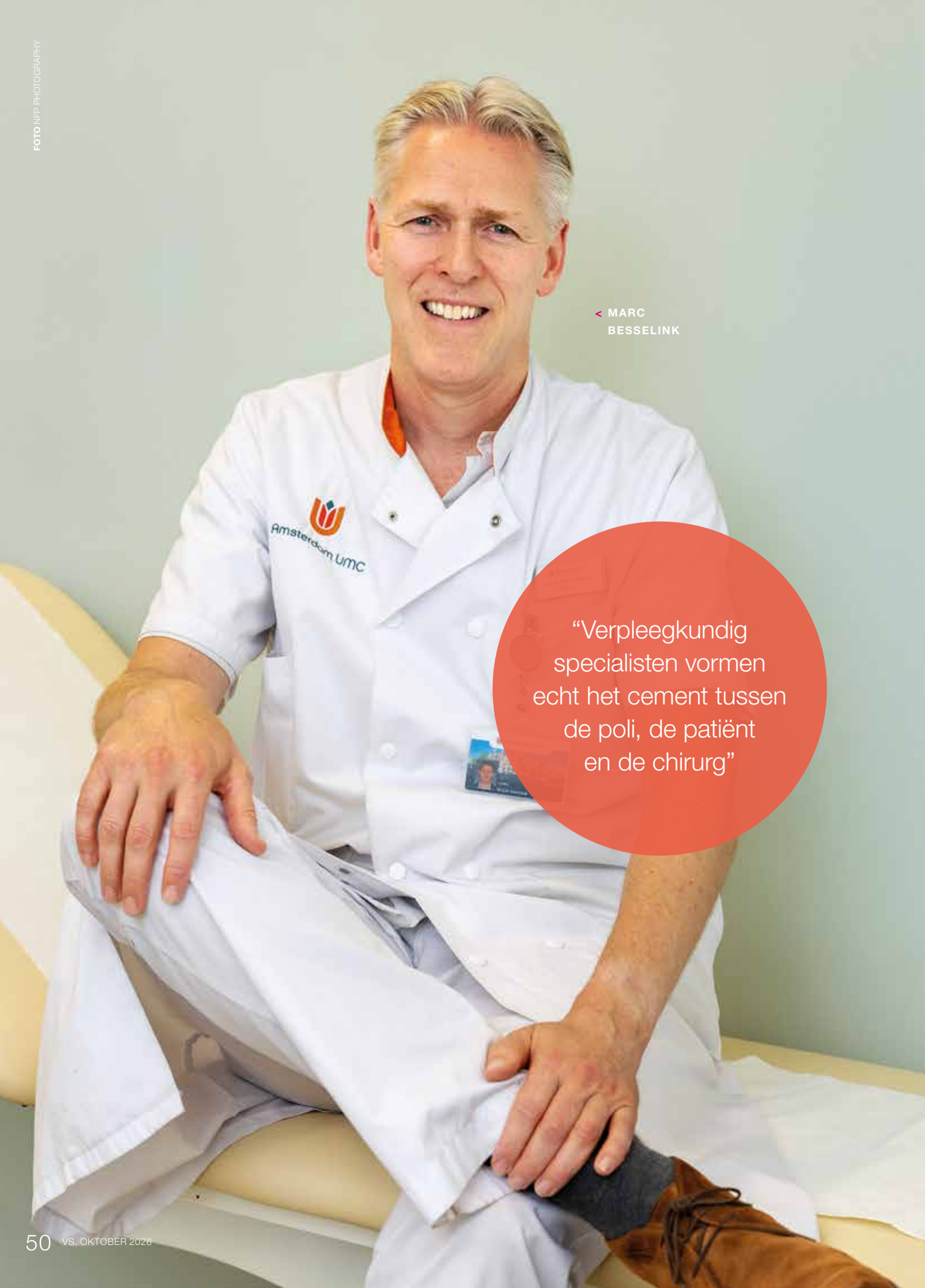
Tijdig op de juiste plek

Als (ex-)patiënten inderdaad met slaapproblemen kampen, is de eerste stap om ze op de basisvoorwaarden voor goed slapen te wijzen. "Mensen die maar een paar uur per nacht slapen, kun je naar een slaapoefentherapeut verwijzen", zegt Boelens. "Die kijkt dan hoe iemands dag- en nachtritme is en onderzoekt wat de oorzaak kan zijn van het slechte slapen. Soms is dat iets biologisch wat behandeld kan worden; soms blijken mensen slaapapneu te hebben. Bij complexe problematiek met hoge last, zou oncologische revalidatie kunnen helpen. Belangrijk is dat mensen tijdig op de juiste plek terechtkomen. Mensen lopen soms al jaren rond met slaapproblemen alvorens ze bij ons komen." | Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist

Referentie

1. Boelens PG, et al. Revalidatie en slaapproblemen na oncologische behandeling. Te raadplegen via www.revalidatie.nl/ntr/revalidatie-en-slaapproblemen-na-oncologische-behandeling

FOTO NFP PHOTOGRAPHY



< MARC BESSELINK

"Verpleegkundig specialisten vormen echt het cement tussen de poli, de patiënt en de chirurg"



De rol van chirurgie bij pancreascarcinoom

Nederland speelt dankzij de Dutch Pancreatic Cancer Group internationaal een vooraanstaande rol als het gaat om onderzoek bij pancreascarcinoom. Dit is het samenwerkingsverband van alle professionals die in dit ziektebeeld gespecialiseerd zijn. Verpleegkundig specialisten en physician assistants zijn hierin van grote betekenis, stelt prof. dr. Marc Besselink, hoogleraar Pancreas- en hepatobilaire chirurgie in het Amsterdam UMC.

Dat Marc Besselink als chirurg de pancreas tot zijn speciale aandachtsgebied maakte, is min of meer toevallig tot stand gekomen. “Een collega-student kwam erover in contact met een hoogleraar die er onderzoek naar deed”, vertelt hij. “Zo hoorde ik erover en het bleek in relatie tot zowel kanker als ontstekingen een enorm interessant orgaan te zijn.”

De pancreas is voor chirurgisch ingrijpen een van de meest complexe organen, vanwege de centrale ligging in het buikgebied en de verwevenheid met centrale bloedvaten. Pancreascarcinoom wordt vaak laat ontdekt, met als gevolg dat de gemiddelde overlevingscijfers slecht zijn. Om wetenschappelijk onderzoek te versnellen, is in 2019 op initiatief van de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG) het Deltaplan Alvleesklierkanker tot stand gekomen. “Ik denk niet dat je kunt zeggen dat de aandacht voor het onderwerp tekortschoot”, zegt Besselink. “Maar de extra aandacht die het Deltaplan heeft gegenereerd was wel nodig. Veel patiënten wisten niet welke vooruitgang is geboekt in de behandeling van pancreascarcinoom. Daardoor werden ze niet altijd verwezen naar de ziekenhuizen die alle facetten ervan behandelen. We doen nu dingen die we tien jaar geleden niet voor mogelijk hielden. Helaas vertaalt die ontwikkeling zich nog niet in een betere overleving bij de twee derde van de patiënten die geen behandeling krijgen. Vaak zijn ze al te ziek, willen ze niet meer behandeld worden of wordt in overleg behandeling afgeraden.”

Nederlands onderzoek

De enorme ontwikkeling is zeker ook te danken aan Nederlands onderzoek onder de vlag van de DPCG. “Zonder overdrijven zijn we internationaal een van de actiefste en productiefste landelijke onderzoeksgroepen naar pancreascarcinoom”, zegt Besselink. “Als we presentaties geven doen we dit bewust altijd met het oranje DPCG-logo in plaats van het logo van het ziekenhuis waar degene die de lezing verzorgt werkt. Psychologisch enorm belangrijk, want het benadrukt het belang van de groep. Het is dus ook niet ‘doe je mee aan mijn studie?’. Een studie is het gevolg van overleg tussen alle stakeholders. Dan duurt de voorbereiding misschien wat langer, maar zo’n studie is dan wel sneller vol doordat iedereen zich medeeigenaar voelt. Deze gezamenlijke werkwijze geeft ons internationaal een enorme voorsprong.”

Binnen de DPCG spelen verpleegkundig specialisten en physician assistants een belangrijke rol. “Zij zijn vaak de professional *in the lead* als het gaat om het begeleiden van de patiënt op de polikliniek. Ze vormen echt het cement tussen de poli, de patiënt en de chirurg. Ze zijn ook vaak degene die de inschatting kunnen maken of een patiënt kan worden geïncludeerd in een studie.”

Sneller herstel

In de chirurgie is de meerwaarde van minimaal invasieve en robotgestuurde chirurgie enorm, stelt Besselink. “Het nauwkeurige werken dat hiermee mogelijk is, vertaalt zich niet in meer of beter kankerweefsel weghalen”, zegt hij, “maar wel in minder postoperatieve complicaties en vooral een sneller herstel. De eerste studie hiernaar – Europees uitgevoerd maar vanuit Nederland opgezet – had betrek-

“Onderschat pancreascarcinoom niet, er is geen enkel geneesmiddel dat het kan genezen”

king op de minimaal invasieve operatie van de pancreasstaart.[1] Daarna volgde toevoeging van de robot, die de standaard is geworden voor een groot deel van de Whipple-chirurgie. Recent hebben we een grote studie gepubliceerd, wederom Europees uitgevoerd, naar de minimaal invasieve versus open Whipple-operatie."[2]

De rol van de chirurgie is in de huidige ontwikkelingen binnen de behandeling van pancreascarcinoom relatief bescheiden. "In eerste instantie was er vooral de ontwikkeling in chemotherapie, om de ziekte onder controle te brengen. Daardoor konden we beter opereren. We hebben net een studie afgerond die aantoont dat we nu driemaal meer kunnen opereren dan we eerder konden."[3]

De recente presentatie tijdens de 2026 ASCO Annual Meeting over de resultaten van het nieuwe geneesmiddel daraxonrasib – verdubbeling van de algehele overleving bij gemetastaseerd pancreascarcinoom – gaat de rol van chirurgie niet veranderen, verwacht Besselink. Ook niet als de studieresultaten van behandeling met daraxonrasib in de eerste lijn even succesvol blijken. "Het zal de rol van de chirurgie eerder vergroten", stelt hij. "Onderschat pancreascarcinoom niet, er is geen enkel geneesmiddel dat het kan genezen, ook dit middel kan dat niet. Bovendien is er de prijs van zulke geneesmiddelen om rekening mee te houden. Maar als het lukt om de tumoromvang te verkleinen, kan dit wel meer operaties mogelijk maken."

Onderzoek

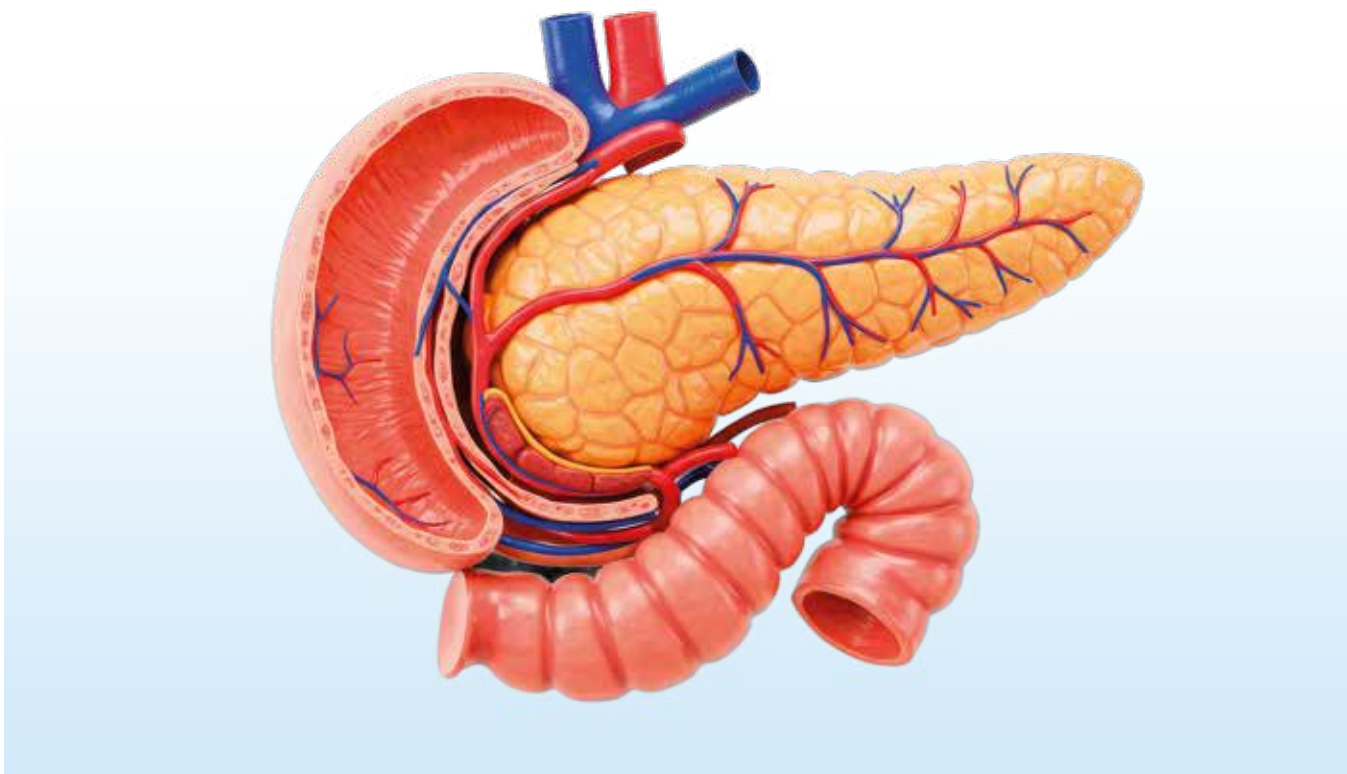
Een van de taken van Besselink is promovendi begeleiden, onder andere op het gebied van pancreascarcinoom. Een interessant onderdeel van zijn werk, vindt hij. "Wij zijn zo'n beetje het enige land waar promovendi drie jaar de tijd krijgen om voltijds patiëntenonderzoek te doen", zegt hij. "Dat kan waardevolle resultaten opleveren. De kunst is wel altijd om er financiering voor te vinden. Het Deltaplan Alvleesklierkanker is hier actief in, en daarnaast is er natuurlijk KWF Kankerbestrijding. Enorm belangrijk."

> "Wij zijn zo'n beetje het enige land waar promovendi drie jaar de tijd krijgen om voltijds patiëntenonderzoek te doen"

Is die interesse in wetenschappelijk onderzoek er ook onder de verpleegkundig specialisten? "Jazeker", zegt hij. "Een sprekend voorbeeld daarvan is de recente European Pancreatic Club Meeting in Istanbul, met een presentatie over klachten na chirurgie, een door een verpleegkundig specialist opgezet onderzoek. Buitengewoon waardevolle kennis voor ons werk." | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist

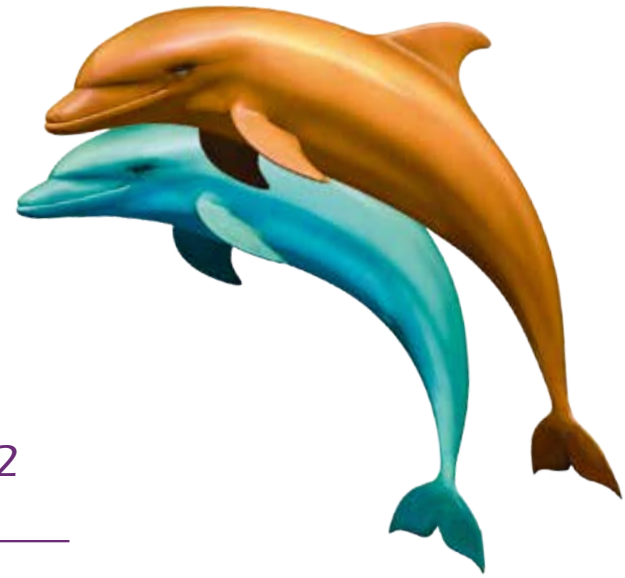
Referenties

1. Korrel M, et al. Lancet Reg Health Eur 2023:31:100673.
2. De Graaf N, et al. NEJM Evid 2025;4:EVIDoa2500045.
3. Stoop T, et al. BJS 2026 Jun 22:ZNAG075. Online ahead of print.



Akynzeo®

netupitant 300 mg / palonosetron 0,5 mg
Harde capsules



1e vaste combinatie van **2 anti-emetica**[1,2]

1 capsule
ongeveer één uur vóór de aanvang van elke cyclus chemotherapie [1]

5 dagen effectieve preventie
van acute en vertraagde misselijkheid en braken na chemotherapie [1]

Akynzeo is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen voor [1] :

- De preventie van acute en vertraagde misselijkheid en braken na sterk emetogene chemotherapie op basis van cisplatine bij kanker.
- De preventie van acute en vertraagde misselijkheid en braken na matig emetogene chemotherapie bij kanker.

Scan de QR code en vraag nu aan

- Zorgverleners brochure misselijkheid en braken
- Handige geplastificeerde A4 poster emetogene risicoprofielen en anti-emetische richtlijnen

1. Akynzeo® Samenvatting van de productkenmerken - https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/akynzeo#product-info, geraadpleegd op 26/08/2026
2. Aapro M, et al. Current Cancer Drug Targets 2022;22:806:824

Verkorte productinformatie, zie elders in dit blad.

Immedica Pharma AB - Solnavägen 3H 113 63 Stockholm - Sweden
Akynzeo® wordt onder licentie van Helsinn Healthcare SA, Zwitserland gedistribueerd.

COM-007662 – Approval date : 09/2026

FOTO MICHEL GROEN

< MARIKE BROEKMAN

CLAUDINE > NOGAREDE

Broekman:
"Om WGS goed in de praktijk in te bedden, moet je patiënten op tijd herkennen en het traject rond de operatie, de afname en de verwerking van het materiaal goed organiseren"



De waarde van het GENAYA-project voor de patiënten van de toekomst

Het GENAYA-project is verlengd tot 2028. Inmiddels participeren 39 ziekenhuizen in het project, dat wordt geleid door Hartwig Medical Foundation. GENAYA heeft als doel om met *whole genome sequencing* (WGS) bij duizend jongvolwassenen met kanker (18-39 jaar) de behandeling te personaliseren en de kennis over kanker bij deze groep te vergroten. In Haaglanden Medisch Centrum zetten prof. dr. Marike Broekman (neurochirurg en hoogleraar translationele neuro-oncologie in het Universitair Medisch Centrum, Leiden) en verpleegkundig specialist AGZ Claudine Nogarede, MSc, zich hiervoor in bij patiënten met hersentumoren. Hun ervaring laat zien dat WGS ook in de praktijk uitvoerbaar is, mits zorgverleners op verschillende plekken in het ziekenhuis het proces samen dragen.

Marike Broekman is enthousiast over het GENAYA-project. “Om twee redenen”, zegt ze. “Om te beginnen voor de patiënt van nu. De patiënten bij wie we *whole genome sequencing* (WGS) inzetten, zijn jonger dan 40 jaar en hebben hersenmetastasen of een primaire hersentumor. Als we ook maar iets voor deze mensen kunnen betekenen, is dat zó waardevol. Daarnaast is het belangrijk voor de patiënt van morgen. We willen toekomstige patiënten beter nieuws kunnen vertellen dan de patiënt van vandaag. Daarvoor is het nodig dat we dit soort gegevens systematisch verzamelen en patronen leren herkennen.”
Claudine Nogarede is het daarmee eens. “We zien mensen vaak op een ingrijpend moment in hun leven”, zegt ze. “We weten soms nog niet helemaal wat er met hen aan de hand is, maar we moeten ze al wel voorbereiden op mogelijk slecht nieuws. Juist dan is het waardevol dat we niet alleen kijken naar wat er vandaag nodig is, maar ook bijdragen aan kennis die de zorg voor soortgelijke patiënten in de toekomst misschien hoopvoller kan maken.”

De patiënt van nu

WGS kan ook iets opleveren voor de patiënt van nu, stelt Broekman, bijvoorbeeld als in het DNA van de tumor een aanknopingspunt voor gerichte behandeling wordt gevonden. “Voor sommige populaties is dat al relevant”, zegt ze. “Bij glioblastoom bijvoorbeeld vinden we soms een doelwit waarmee een gerichte behandeling mogelijk in beeld komt. In de praktijk leidt dat nog niet altijd tot een behandeling. Het kan zijn dat een studie gesloten is, of dat behandelaars inschatten dat het op dat moment toch niet de beste optie is. Maar mijn uitgangspunt is dat we altijd verder moeten kijken. Als je iets vindt, helpt dat in elk geval om beter in kaart te brengen wat er speelt en wat de mogelijkheden op een later moment zijn. Je kunt er altijd wat van leren.”
Dat dit in de praktijk goed kan verlopen, heeft volgens Broekman alles te maken met samenwerking en organisatie. “Om WGS goed in de praktijk in te bedden, moet je patiënten op tijd herkennen en het traject rond de operatie, de afname en de verwerking van het materiaal goed organiseren”, zegt ze. “Dat lukt alleen als iedereen weet wat er nodig is en daarin samen optrekt. Het is echt teamwork. Claudine en haar collega Tara Ramsoedh, student-onderzoeker, hebben alles in de gaten. Ze zijn altijd direct bereid om iets nog een keer uit te leggen. En ook de ondersteuning van Hartwig Medical Foundation, waar het laboratoriumonderzoek plaatsvindt, helpt enorm.”
Nogarede bewaakt daarbij de praktische uitvoering. “Zelfs als een patiënt pas laat in beeld komt, lukt het ons nog om alles op tijd klaar te zetten, zodat tijdens de operatie het juiste materiaal op de juiste manier kan worden afgenomen. Mocht er iets ontbreken of een



FOTO NICHEL GROEN

^ MARIKE BROEKMAN

handje nodig zijn, dan zorg ik dat ik dit oplos. Ook belangrijk is dat Tara en ik goed op elkaar ingespeeld zijn. We kunnen elkaars taken overnemen als het nodig is. Dat houdt het behapbaar. We hebben dit inmiddels al voor 32 patiënten kunnen organiseren."

Patiënten uit veel ziekenhuizen

Nogarede hoort in het multidisciplinair overleg over wat de WGS-uitslagen voor jonge patiënten kunnen betekenen. "We zorgen natuurlijk – bijvoorbeeld bij een jonge vrouw die is verwezen om een hersenmetastase te verwijderen – dat haar rapport bij de oncoloog in haar eigen ziekenhuis komt, zodat de informatie kan worden meegewogen in het verdere behandelplan. Ook komt het voor dat patiënten zelf op

Broekman: "Patiënten zitten soms in de laatste levensfase en zijn toch gemotiveerd om bij te dragen aan kennis voor patiënten na hen"

ADVERTENTIE

HANDVOET SYNDROOM.NL
Wat is het hand-voetsyndroom?



- Informatie over het hand-voetsyndroom
- Herkennen van symptomen
- Contact en ondersteuning
- Ervaringen van patiënten
- Patiënteninformatie
- Toegang tot materialen en webinar (met wachtwoord **onco-hvs**)

NORDIC PHARMA

Handvoetsyndroom.nl

NL-NP-2600014

basis van het rapport vragen gaan stellen over eventuele behandelmogelijkheden. Patiënten denken erg mee." Broekman vult aan: "Een behandelaar kan dat spannend vinden. Maar soms leidt het echt tot vragen waaraan je zelf nog niet gedacht had. En afgezien daarvan: die autonomie is toch prachtig?"
Patiënten staan volgens Broekman vaak open om bij te dragen aan de kennis die met het GENAYA-project wordt opgebouwd. "Het is ongelofelijk mooi om te zien hoe altruïstisch ze zijn", zegt ze. "Ze zitten soms in de laatste levensfase en zijn toch gemotiveerd om bij te dragen aan kennis voor patiënten na hen." Nogarede: "Ze staan open voor de kansen die er zijn. Ook al weten ze dat het niet bij voorbaat een win-winsituatie is. Daar zijn we heel duidelijk over."

Nogarede: "We weten soms nog niet helemaal wat er met de patiënt aan de hand is, maar we moeten hem of haar al wel voorbereiden op mogelijk slecht nieuws"

Cultuur

Broekman is een van de auteurs van het boek *#vaniknaarwij*, over cultuurverandering in de zorg. "Het is vanzelfsprekend om mee te werken aan iets als GENAYA als in de zorg een cultuur bestaat die leren centraal stelt en daarvoor ruimte biedt. In een cultuur waarin iedereen op zijn tandvlees loopt, lukt dat niet. Als je dit soort innovaties echt in de praktijk wil brengen, dan moet je het samen doen. We moeten dus zorgbreed aandacht blijven besteden aan die lerende cultuur. Er is lang te weinig aandacht geweest voor intercollegiaal en interprofessioneel werken, terwijl dat juist hierbij zo belangrijk is."
Nogarede is naast haar werk in het ziekenhuis ook betrokken geweest bij de Dutch Brain Tumor Registry. "Je moet eerst data verzamelen voordat je patronen kunt gaan zien", zegt ze daarover met enige nuchterheid. "Je ziet soms dingen bij patiënten die opvallen, bijvoorbeeld bepaalde beroepen of eerdere behandelingen. Hoe meer data je systematisch verzamelt, hoe meer je kunt leren van de overeenkomsten of verschillen die je vervolgens gaat herkennen."

Over de vraag wat nodig is om WGS op een duurzame manier in te bedden in de reguliere diagnostiek, is Broekman even nuchter. "Dat gaan we allemaal zien en dat doen we als neurochirurgen, neuro-oncologen, internist-oncologen en vooral ook pathologen samen. Maar de ervaring met GENAYA laat in elk geval zien dat het kan, als je samen de schouders eronder zet." | Drs. Frank van Wijck, wetenschapsjournalist



∧ CLAUDINE NOGAREDE

Rizmoic®
(naldemedine)

Verkorte productinformatie Rizmoic 200 microgram filmomhulde tabletten
Samenstelling: Elke tablet bevat 200 microgram naldemedine (als tosylaat). **Indicaties:** Rizmoic is geïndiceerd voor de behandeling van door opioïden geïnduceerde constipatie (OIC) bij volwassen patiënten die eerder zijn behandeld met een laxeermiddel. **Dosering en wijze van toediening:** De aanbevolen dosis naldemedine is 200 microgram (één tablet) per dag, middels orale inname. Rizmoic kan met of zonder laxeermiddel(en) worden gebruikt. Het kan elk moment van de dag worden ingenomen met of zonder voedsel. Het wordt aanbevolen om het elke dag op hetzelfde tijdstip in te nemen. Wanneer de behandeling met het opioïde analgeticum wordt stopgezet, moet Rizmoic eveneens worden stopgezet. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor naldemedine of een van de vermelde hulpstoffen. Patiënten met bekende of vermoede gastro-intestinale obstructie of perforatie of patiënten met een verhoogd risico op recidiverende obstructie, wegens de kans op gastro-intestinale perforatie. **Waarschuwingen:** Sinds het geneesmiddel op de markt is, zijn er gevallen van gastro-intestinale perforatie, waaronder fatale gevallen, gemeld wanneer naldemedine werd gebruikt bij patiënten met een verhoogd risico op gastro-intestinale (GI-)perforatie, (bijv. divertikelziekte en onderliggende maligniteiten van het maag-darmkanaal of peritoneale metastasen). Naldemedine mag niet worden gebruikt bij patiënten met bekende of vermoede GI-obstructie of patiënten met een verhoogd risico op recidiverende obstructie, wegens de kans op GI-perforatie. Voorzichtigheid is geboden wanneer naldemedine wordt gebruikt bij patiënten met een aandoening die tot een verminderde integriteit van de wanden van het maag-darmkanaal kan leiden (bijv. ulcus pepticum, Ogilvie-syndroom, maligniteit van het maag-darmkanaal, ziekte van Crohn). De globale verhouding tussen de voordelen en risico's moet voor elke patiënt worden afgewogen. Patiënten moeten gecontroleerd worden op het ontstaan van ernstige, aanhoudende of verergerende abdominale pijn. Bij een vermoeden van een obstructie of perforatie moet naldemedine worden stopgezet. **Bijwerkingen:** De vaakst gemelde bijwerkingen bij patiënten met niet aan kanker gerelateerde chronische pijn en OIC waren abdominale pijn (7,8%), diarree (5,9%), nausea (3,6%) en braken (1,1%). De meeste van deze gastro-intestinale bijwerkingen waren van lichte tot matige ernst en verdwenen zonder dat de behandeling met naldemedine werd onderbroken. De vaakst gemelde bijwerkingen bij patiënten met kanker en OIC waren diarree (24,5%) en abdominale pijn (3,9%). De meeste van deze gastro-intestinale bijwerkingen waren van lichte tot matige ernst en verdwenen met de behandeling. **Farmacotherapeutische groep:** perifere opioïdreceptorantagonisten. **ATC code:** A06AH05. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoeding:** Volledig vergoed. **Houder van de vergunning voor het in de handel brengen:** Shionogi B.V. Herengracht 464, 1017CA Amsterdam. **Datum:** maart 2026. Voor meer informatie zie de geregistreerde productinformatie, www.cbg-meb.nl.

NL-RIZM-2026-00017

Viatris Healthcare B.V.
Krijgsman 20, 1186 DM, Amstelveen

VIATRIS

Abbreviated Summary of Product Characteristics

For full prescribing information refer to the Summary of Product Characteristics (SPC). ▼This medicinal product is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions. **NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT:** Padcev 20 mg powder for concentrate for solution for infusion & Padcev 30 mg powder for concentrate for solution for infusion **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION:** Padcev 20 mg powder for concentrate for solution for infusion: One vial of powder for concentrate for solution for infusion contains 20 mg enfortumab vedotin. Padcev 30 mg powder for concentrate for solution for infusion: One vial of powder for concentrate for solution for infusion contains 30 mg enfortumab vedotin. After reconstitution, each mL of solution contains 10 mg of enfortumab vedotin. Enfortumab vedotin is comprised of a fully human IgG1 kappa antibody, conjugated to the microtubule-disrupting agent monomethyl auristatin E (MMAE) via a protease-cleavable maleimidocaproyl valine-citrulline linker. For the full list of excipients, see section 6.1 of the SPC. **PHARMACEUTICAL FORM:** Powder for concentrate for solution for infusion. White to off-white lyophilized powder. **CLINICAL PARTICULARS: Therapeutic indications:** Padcev, in combination with pembrolizumab, is indicated for the first-line treatment of adult patients with unresectable or metastatic urothelial cancer who are eligible for platinum-containing chemotherapy. Padcev as monotherapy is indicated for the treatment of adult patients with locally advanced or metastatic urothelial cancer who have previously received a platinum-containing chemotherapy and a programmed death receptor-1 or programmed death-ligand 1 inhibitor (see section 5.1 of the SPC). **Posology and method of administration:** Treatment with Padcev should be initiated and supervised by a physician experienced in the use of anti-cancer therapies. Ensure good venous access prior to starting treatment (see section 4.4 of the SPC). Posology: As monotherapy, the recommended dose of enfortumab vedotin is 1.25 mg/kg (up to a maximum of 125 mg for patients ≥100 kg) administered as an intravenous infusion over 30 minutes on Days 1, 8 and 15 of a 28-day cycle until disease progression or unacceptable toxicity. When given in combination with pembrolizumab, the recommended dose of enfortumab vedotin is 1.25 mg/kg (up to a maximum of 125 mg for patients ≥100 kg) administered as an intravenous infusion over 30 minutes on Days 1 and 8 of every 3-week (21-day) cycle until disease progression or unacceptable toxicity. The recommended dose of pembrolizumab is either 200 mg every 3 weeks or 400 mg every 6 weeks administered as an intravenous infusion over 30 minutes. Patients should be administered pembrolizumab after enfortumab vedotin when given on the same day. Refer to the pembrolizumab SPC for additional dosing information of pembrolizumab.

Table 1. Recommended dose reductions of enfortumab vedotin for adverse reactions

	Dose level
Starting dose	1.25 mg/kg up to 125 mg
First dose reduction	1.0 mg/kg up to 100 mg
Second dose reduction	0.75 mg/kg up to 75 mg
Third dose reduction	0.5 mg/kg up to 50 mg

Dose modifications

Table 2. Dose interruption, reduction and discontinuation of enfortumab vedotin in patients with locally advanced or metastatic urothelial cancer

Adverse reaction	Severity*	Dose modification*
Skin reactions	Suspected Stevens-Johnson syndrome (SJS) or toxic epidermal necrolysis (TEN) or bullous lesions	Immediately withhold and refer to specialised care.
	Confirmed SJS or TEN; Grade 4 or recurrent Grade 3	Permanently discontinue.
	Grade 2 worsening Grade 2 with fever Grade 3	• Withhold until Grade ≤1. • Referral to specialised care should be considered. • Resume at the same dose level or consider dose reduction by one dose level (see Table 1).
Hyperglycaemia	Blood glucose >13.9 mmol/L (>250 mg/dL)	• Withhold until elevated blood glucose has improved to ≤13.9 mmol/L (≤250 mg/dL). • Resume treatment at the same dose level.
Pneumonitis/ interstitial lung disease (ILD)	Grade 2	• Withhold until Grade ≤1, then resume at the same dose or consider dose reduction by one dose level (see Table 1).
	Grade ≥3	Permanently discontinue.
Peripheral neuropathy	Grade 2	• Withhold until Grade ≤1. • For first occurrence, resume treatment at the same dose level. • For a recurrence, withhold until Grade ≤1, then resume treatment reduced by one dose level (see Table 1).
	Grade ≥3	Permanently discontinue.

*Toxicity was graded per National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events Version 5.0 (NCI-CTCAE v5.0) where Grade 1 is mild, Grade 2 is moderate, Grade 3 is severe and Grade 4 is life-threatening.

Special populations: *Elderly:* No dose adjustment is necessary in patients ≥65 years of age. *Renal impairment:* No dose adjustment is necessary in patients with mild [creatinine clearance (CrCL) >60–90 mL/min], moderate (CrCL 30–60 mL/min) or severe (CrCL 15–<30 mL/min) renal impairment. Enfortumab vedotin has not been evaluated in patients with end stage renal disease (CrCL <15 mL/min) (see section 5.2 of the SPC). *Hepatic impairment:* No dose adjustment is necessary in patients with mild hepatic impairment [total bilirubin of 1 to 1.5 x upper limit of normal (ULN) and AST any, or total bilirubin ≤ ULN and AST > ULN]. Enfortumab vedotin has only been evaluated in a limited number of patients with moderate and severe hepatic impairment. Hepatic impairment is expected to increase the systemic exposure to MMAE (the cytotoxic drug); therefore, patients should be closely monitored for potential adverse events. Due to the sparsity of the data in patients with moderate and severe hepatic impairment, no specific dose recommendation can be given. *Paediatric population:* There is no relevant use of enfortumab vedotin in the paediatric population for the indication of locally advanced or metastatic urothelial cancer. Method of administration Padcev is for intravenous use. The recommended dose must be administered by intravenous infusion over 30 minutes. Enfortumab vedotin must not be administered as an intravenous push or bolus injection. For instructions on reconstitution and dilution of the medicinal product before administration, see section 6.6 of the SPC. **Contraindications:** Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients listed in section 6.1 of the SPC. **Special warnings and precautions for use:** Traceability: In order to improve the traceability of biological medicinal products, the name and the batch number of the administered product should be clearly recorded. Skin reactions: Skin reactions are associated with enfortumab vedotin as a result of enfortumab vedotin binding to Nectin-4 expressed in the skin. Fever or flu-like symptoms may be the first sign of a severe skin reaction, and patients should be observed, if this occurs. Mild to moderate skin reactions, predominantly rash maculo-papular, have been reported with enfortumab vedotin. The incidence of skin reactions occurred at a higher rate when enfortumab vedotin was given in combination with pembrolizumab compared to enfortumab vedotin as monotherapy (see section 4.8 of the SPC). Severe cutaneous adverse reactions, including SJS and TEN, with fatal outcome have also occurred in patients treated with enfortumab vedotin, predominantly during the first cycle of treatment. Patients should be monitored starting with the first cycle and throughout treatment for skin reactions. Appropriate treatment such as topical corticosteroids and antihistamines can be considered for mild to moderate skin reactions. For suspected SJS or TEN, or in case of bullous lesions onset, withhold treatment immediately and refer to specialised care; histologic confirmation, including consideration of multiple biopsies, is critical to early recognition, as diagnosis and intervention can improve prognosis. Permanently discontinue Padcev for confirmed SJS or TEN, Grade 4 or recurrent Grade 3 skin reactions. For Grade 2 worsening, Grade 2 with fever or Grade 3 skin reactions, treatment should be withheld until Grade ≤1 and referral for specialised care should be considered. Treatment should be resumed at the same dose level or consider dose reduction by one dose level (see section 4.2 of the SPC). Pneumonitis/ILD: Severe, life-threatening or fatal pneumonitis/ILD have occurred in patients treated with enfortumab vedotin. The incidence of pneumonitis/ILD, including severe events occurred at a higher rate when enfortumab vedotin was given in combination with pembrolizumab compared to enfortumab vedotin as monotherapy (see section 4.8 of the SPC). Monitor patients for signs and symptoms indicative of pneumonitis/ILD such as hypoxia, cough, dyspnoea or interstitial infiltrates on radiologic exams. Corticosteroids should be administered for Grade ≥ 2 events (e.g., initial dose of 1-2 mg/kg/day prednisone or equivalent followed by a taper). Withhold Padcev for Grade 2 pneumonitis/ILD and consider dose reduction. Permanently discontinue Padcev for Grade ≥3 pneumonitis/ILD (see section 4.2 of the SPC). Hyperglycaemia: Hyperglycaemia and diabetic ketoacidosis (DKA), including fatal events, occurred in patients with and without pre-existing diabetes mellitus, treated with enfortumab vedotin (see section 4.8 of the SPC). Hyperglycaemia occurred more frequently in patients with pre-existing hyperglycaemia or a high body mass index (≥30 kg/m^2). Patients with baseline HbA1c ≥8% were excluded from clinical studies. Blood glucose levels should be monitored prior to dosing and periodically throughout the course of treatment as clinically indicated in patients with or at risk for diabetes mellitus or hyperglycaemia. If blood glucose is elevated >13.9 mmol/L (>250 mg/dL), Padcev should be withheld until blood glucose is ≤13.9 mmol/L (≤250 mg/dL) and treat as appropriate (see section 4.2 of the SPC). Serious infections: Serious infections such as sepsis or pneumonia (including fatal outcomes) have been reported in patients treated with Padcev. Patients should be carefully monitored during treatment for the emergence of possible serious infections. Peripheral neuropathy: Peripheral neuropathy, predominantly peripheral sensory neuropathy, has occurred with enfortumab vedotin, including Grade ≥3 reactions (see section 4.8 of the SPC). Patients with preexisting peripheral neuropathy Grade ≥2 were excluded from clinical studies. Patients should be monitored for symptoms of new or worsening peripheral neuropathy as these patients may require a delay, dose reduction or discontinuation of enfortumab vedotin (see Table 1). Padcev should be permanently discontinued for Grade ≥3 peripheral neuropathy (see section 4.2 of the SPC). Ocular disorders: Ocular disorders, predominantly dry eye, have occurred in patients treated with enfortumab vedotin (see section 4.8 of the SPC). Patients should be monitored for ocular disorders. Consider artificial tears for prophylaxis of dry eye and referral for ophthalmologic evaluation if ocular symptoms do not resolve or worsen. Infusion site extravasation: Skin and soft tissue injury following enfortumab vedotin administration has been observed when extravasation occurred (see section 4.8 of the SPC). Ensure good venous access prior to starting Padcev and monitor for possible infusion site extravasation during administration. If extravasation occurs, stop the infusion and monitor for adverse reactions. Embryo-foetal toxicity and contraception: Pregnant women should be informed of the potential risk to a foetus (see sections 4.6 and 5.3 of the SPC). Females of reproductive potential should be advised to have a pregnancy test within 7 days prior to starting treatment with enfortumab vedotin, to use effective contraception during treatment and for at least 6 months after stopping treatment. Men being treated with enfortumab vedotin are advised not to father a child during treatment and for at least 4 months following the last dose of Padcev. Patient information pack: The prescriber must discuss the risks of Padcev therapy, including combination therapy with pembrolizumab, with the patient. The patient should be provided with the patient information leaflet and patient card with each prescription. **Interactions:** Formal drug-drug interaction studies with enfortumab vedotin have not been conducted. Caution is advised in case of concomitant treatment with CYP3A4 inhibitors. Patients receiving concomitant strong CYP3A4 inhibitors should be monitored more closely for signs of toxicities. Strong CYP3A4 inducers may decrease the exposure of unconjugated MMAE with moderate effect (see section 5.2 of the SPC). **Effects on ability to drive and use machines:** Padcev has no or negligible influence on the ability to drive and use machines. **Undesirable effects:** Summary of the safety profile: *Enfortumab vedotin as monotherapy*: The safety of enfortumab vedotin was evaluated as monotherapy in 793 patients who received at least one dose of enfortumab vedotin 1.25 mg/kg in two phase 1 studies (EV-101 and EV-102), three phase 2 studies (EV-103, EV-201 and EV-203) and one phase 3 study (EV-301) (see Table 3). Patients were exposed to enfortumab vedotin for a median duration of 4.7 months (range: 0.3 to 55.7 months). The most common adverse reactions with enfortumab vedotin were alopecia (47.7%), decreased appetite (47.2%), fatigue (46.8%), diarrhoea (39.1%), peripheral sensory neuropathy (38.5%), nausea (37.8%), pruritus (33.4%), dysgeusia (30.4%), anaemia (29.1%), weight decreased (25.2%), rash maculo-papular (23.6%), dry skin (21.8%), vomiting (18.7%), aspartate aminotransferase increased (17%), hyperglycaemia (14.9%), dry eye (12.7%), alanine aminotransferase increased (12.7%) and rash (11.6%). The most common serious adverse reactions (≥2%) were diarrhoea (2.1%) and hyperglycaemia (2.1%). Twenty-one percent of patients permanently discontinued enfortumab vedotin for adverse reactions; the most common adverse reaction (≥2%) leading to dose discontinuation was peripheral sensory neuropathy (4.8%). Adverse reactions leading to dose interruption occurred in 62% of patients; the most common adverse reactions (≥2%) leading to dose interruption were peripheral sensory neuropathy (14.8%), fatigue (7.4%), rash maculo-papular (4%), aspartate aminotransferase increased (3.4%), alanine aminotransferase increased (3.2%), anaemia (3.2%), hyperglycaemia (3.2%), neutrophil count decreased (3%), diarrhoea (2.8%), rash (2.4%) and peripheral motor neuropathy (2.1%). Thirty-eight percent of patients required a dose reduction due to an adverse reaction; the most common adverse reactions (≥2%) leading to a dose reduction were peripheral sensory neuropathy (10.3%), fatigue (5.3%), rash maculo-papular (4.2%) and decreased appetite (2.1%). *Enfortumab vedotin in combination with pembrolizumab:* When enfortumab vedotin is administered in combination with pembrolizumab, refer to the SmPC for pembrolizumab prior to initiation of treatment. The safety of enfortumab vedotin was evaluated in combination with pembrolizumab in 564 patients who received at least one dose of enfortumab vedotin 1.25 mg/kg in combination with pembrolizumab in one phase 2 study (EV-103) and one phase 3 study (EV-302) (see Table 3). Patients were exposed to enfortumab vedotin in combination with pembrolizumab for a median duration of 9.4 months (range: 0.3 to 34.4 months). The most common adverse reactions with enfortumab vedotin in combination with pembrolizumab were peripheral sensory neuropathy (53.4%), pruritus (41.1%), fatigue (40.4%), diarrhoea (39.2%), alopecia (38.5%), rash maculo-papular (36%), weight decreased (36%), decreased appetite (33.9%), nausea (28.4%), anaemia (25.7%), dysgeusia (24.3%), dry skin (18.1%), alanine aminotransferase increased (16.8%), hyperglycaemia (16.7%), aspartate aminotransferase increased (15.4%), dry eye (14.4%), vomiting (13.3%), rash macular (11.3%), hypothyroidism (10.5%) and neutropenia (10.1%). The most common serious adverse reactions (≥2%) were diarrhoea (3%) and pneumonitis (2.3%). Thirty-six percent of patients permanently discontinued enfortumab vedotin for adverse reactions; the most common adverse reactions (≥2%) leading to discontinuation were peripheral sensory neuropathy (12.2%) and rash maculo-papular (2%). Adverse reactions leading to dose interruption of enfortumab vedotin occurred in 72% of patients. The most common adverse reactions (≥2%) leading to dose interruption were peripheral sensory neuropathy (17%), rash maculo-papular (6.9%), diarrhoea (4.8%), fatigue (3.7%), pneumonitis (3.7%), hyperglycaemia (3.4%), neutropenia (3.2%), alanine aminotransferase increased (3%), pruritus (2.3%) and anaemia (2%). Adverse reactions leading to dose reduction of enfortumab vedotin occurred in 42.4% of patients. The most common adverse reactions (≥2%) leading to dose reduction were peripheral sensory neuropathy (9.9%), rash maculo-papular (6.4%), fatigue (3.2%), diarrhoea (2.3%) and neutropenia (2.1%). Tabulated summary of adverse reactions: Adverse reactions observed during clinical studies of enfortumab vedotin as monotherapy or in combination with pembrolizumab, or reported from post-marketing use of enfortumab vedotin are listed in this section by frequency category. Frequency categories are defined as follows: very common (≥1/10); common (≥1/100 to <1/10); uncommon (≥1/1,000 to <1/100); rare (≥1/10,000 to <1/1,000); very rare (<1/10,000); not known (cannot be estimated from the available data). Within each frequency grouping, adverse reactions are presented in order of decreasing seriousness.

Table 3. Adverse reactions in patients treated with enfortumab vedotin

	Monotherapy	**In combination with pembrolizumab**
Infections and infestations		
Common	Sepsis, pneumonia	Sepsis, pneumonia
Blood and lymphatic system disorders		
Very common	Anaemia	Anaemia
Common	Thrombocytopenia	Thrombocytopenia
Not known[1]	Neutropenia, febrile neutropenia, neutrophil count decreased	Neutropenia, febrile neutropenia, neutrophil count decreased
Endocrine disorders		
Very common		Hypothyroidism
Metabolism and nutrition disorders		
Very common	Hyperglycaemia, decreased appetite	Hyperglycaemia, decreased appetite
Not known[1]	Diabetic ketoacidosis	Diabetic ketoacidosis
Nervous system disorders		
Very common	Peripheral sensory neuropathy, dysgeusia	Peripheral sensory neuropathy, dysgeusia
Common	Neuropathy peripheral, peripheral motor neuropathy, peripheral sensorimotor neuropathy, paraesthesia, hypoaesthesia, gait disturbance, muscular weakness	Peripheral motor neuropathy, peripheral sensorimotor neuropathy, paraesthesia, hypoaesthesia, gait disturbance, muscular weakness
Uncommon	Demyelinating polyneuropathy, polyneuropathy, neurotoxicity, motor dysfunction, dysaesthesia, muscle atrophy, neuralgia, peroneal nerve palsy, sensory loss, skin burning sensation, burning sensation	Neurotoxicity, dysaesthesia, myasthenia gravis, neuralgia, peroneal nerve palsy, skin burning sensation
Eye disorders		
Very common	Dry eye	Dry eye
Respiratory, thoracic, and mediastinal disorders		
Very common		Pneumonitis/ILD[2]
Common	Pneumonitis/ILD[2]	
Gastrointestinal disorders		
Very common	Diarrhoea, vomiting, nausea	Diarrhoea, vomiting, nausea
Skin and subcutaneous tissue disorders		
Very common	Alopecia, pruritus, rash, rash maculo-papular, dry skin	Alopecia, pruritus, rash maculo-papular, dry skin, rash macular
Common	Drug eruption, skin exfoliation, conjunctivitis, dermatitis bullous, blister, stomatitis, palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome, eczema, erythaema, rash erythaematous, rash macular, rash papular, rash pruritic, rash vesicular	Rash, skin exfoliation, conjunctivitis, dermatitis bullous, blister, stomatitis, palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome, eczema, erythaema, rash erythaematous, rash papular, rash pruritic, rash vesicular, erythaema multiforme, dermatitis
Uncommon	Dermatitis exfoliative generalised, erythaema multiforme, exfoliative rash, pemphigoid, rash maculovesicular, dermatitis, dermatitis allergic, dermatitis contact, intertrigo, skin irritation, stasis dermatitis, blood blister	Drug eruption, dermatitis exfoliative generalised, exfoliative rash, pemphigoid, dermatitis contact, intertrigo, skin irritation, stasis dermatitis
Not known[1]	Toxic epidermal necrolysis, skin hyperpigmentation, skin discoloration, pigmentation disorder, Stevens-Johnson syndrome, epidermal necrosis, symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthaema	Toxic epidermal necrolysis, skin hyperpigmentation, skin discoloration, pigmentation disorder, Stevens-Johnson syndrome, epidermal necrosis, symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthaema
Musculoskeletal and connective tissue disorders		
Common		Myositis
General disorders and administration site conditions		
Very common	Fatigue	Fatigue
Common	Infusion site extravasation	Infusion site extravasation
Investigations		
Very common	Alanine aminotransferase increased, aspartate aminotransferase increased, weight decreased	Alanine aminotransferase increased, aspartate aminotransferase increased, weight decreased
Common		Lipase increased
Injury, poisoning and procedural complications		
Common	Infusion related reaction	Infusion related reaction

[1]Based on global post-marketing experience. [2]Includes: acute respiratory distress syndrome, autoimmune lung disease, immune-mediated lung disease, interstitial lung disease, lung opacity, organising pneumonia, pneumonitis, pulmonary fibrosis, pulmonary toxicity and sarcoidosis.

Description of selected adverse reactions: *Immunogenicity:* A total of 697 patients were tested for immunogenicity to enfortumab vedotin 1.25 mg/kg as monotherapy; 16 patients were confirmed to be positive at baseline for anti-drug antibody (ADA), and in patients that were negative at baseline (N=681), a total of 24 (3.5%) were positive post baseline. A total of 490 patients were tested for immunogenicity against enfortumab vedotin following enfortumab vedotin in combination with pembrolizumab; 24 patients were confirmed to be positive at baseline for ADA, and in patients that were negative at baseline (N=466), a total of 14 (3%) were positive post baseline. The incidence of treatment-emergent anti-enfortumab vedotin antibody formation was consistent when assessed following enfortumab vedotin administration as monotherapy and in combination with pembrolizumab. Due to the limited number of patients with antibodies against Padcev, no conclusions can be drawn concerning a potential effect of immunogenicity on efficacy, safety or pharmacokinetics. *Skin reactions:* In clinical studies of enfortumab vedotin as monotherapy, skin reactions occurred in 57% (452) of the 793 patients treated with enfortumab vedotin 1.25 mg/kg. Severe (Grade 3 or 4) skin reactions occurred in 14% (108) of patients and a majority of these reactions included rash maculo-papular, stomatitis, rash erythematous, rash or drug eruption. The median time to onset of severe skin reactions was 0.7 months (range: 0.1 to 8.2 months). Serious skin reactions occurred in 4.3% (34) of patients. Of the patients who experienced skin reactions and had data regarding resolution (N=366), 61% had complete resolution, 24% had partial improvement, and 15% had no improvement at the time of their last evaluation. Of the 39% of patients with residual skin reactions at last evaluation, 38% had Grade ≥2 events. In clinical studies of enfortumab vedotin in combination with pembrolizumab, skin reactions occurred in 70% (392) of the 564 patients and a majority of these skin reactions included rash maculo-papular, rash macular and rash papular. Severe (Grade 3 or 4) skin reactions occurred in 17% (97) of patients (Grade 3: 16%, Grade 4: 1%). The median time to onset of severe skin reactions was 1.7 months (range: 0.1 to 17.2 months). Of the patients who experienced skin reactions and had data regarding resolution (N=391), 59% had complete resolution, 30% had partial improvement, and 10% had no improvement at the time of their last evaluation. Of the 41% of patients with residual skin reactions at last evaluation, 27% had Grade ≥2 events. *Pneumonitis/ILD:* In clinical studies of enfortumab vedotin as monotherapy, pneumonitis/ILD occurred in 26 (3.3%) of the 793 patients treated with enfortumab vedotin 1.25 mg/kg. Less than 1% of patients experienced severe (Grade 3 or 4) pneumonitis/ILD (Grade 3: 0.5%, Grade 4: 0.3%). Pneumonitis/ILD led to discontinuation of enfortumab vedotin in 0.5% of patients. There were no deaths from pneumonitis/ILD. The median time to onset of any grade pneumonitis/ILD was 2.7 months (range: 0.6 to 6.0 months) and the median duration for pneumonitis/ILD was 1.6 months (range: 0.1 to 43.0 months). Of the 26 patients who experienced pneumonitis/ILD, 8 (30.8%) had resolution of symptoms. In clinical studies of enfortumab vedotin in combination with pembrolizumab, pneumonitis/ILD occurred in 58 (10.3%) of the 564 patients. Severe (Grade 3 or 4) pneumonitis/ILD occurred in 20 patients (Grade 3: 3.0%, Grade 4: 0.5%). Pneumonitis/ILD led to discontinuation of enfortumab vedotin in 2.1% of patients. Two patients experienced a fatal event of pneumonitis/ILD. The median time to onset of any grade pneumonitis/ILD was 4 months (range: 0.3 to 26.2 months). *Hyperglycaemia:* In clinical studies of enfortumab vedotin as monotherapy, hyperglycaemia (blood glucose >13.9 mmol/L) occurred in 17% (133) of the 793 patients treated with enfortumab vedotin 1.25 mg/kg. Serious events of hyperglycaemia occurred in 2.5% of patients, 7% of patients developed severe (Grade 3 or 4) hyperglycaemia and 0.3% of patients experienced fatal events, one event each of hyperglycaemia and diabetic ketoacidosis. The incidence of Grade 3-4 hyperglycaemia increased consistently in patients with higher body mass index and in patients with higher baseline haemoglobin A1C (HbA1c). The median time to onset of hyperglycaemia was 0.5 months (range: 0 to 20.3). Of the patients who experienced hyperglycaemia and had data regarding resolution (N=106), 66% had complete resolution, 19% had partial improvement, and 15% had no improvement at the time of their last evaluation. Of the 34% of patients with residual hyperglycaemia at last evaluation, 64% had Grade ≥2 events. *Peripheral neuropathy:* In clinical studies of enfortumab vedotin as monotherapy, peripheral neuropathy occurred in 53% (422) of the 793 patients treated with enfortumab vedotin 1.25 mg/kg. Five percent of patients experienced severe (Grade 3 or 4) peripheral neuropathy including sensory and motor events. The median time to onset of Grade ≥2 peripheral neuropathy was 5 months (range: 0.1 to 20.2). Of the patients who experienced neuropathy and had data regarding resolution (N=340), 14% had complete resolution, 46% had partial improvement, and 41% had no improvement at the time of their last evaluation. Of the 86% of patients with residual neuropathy at last evaluation, 51% had Grade ≥2 events. *Ocular disorders:* In clinical studies of enfortumab vedotin as monotherapy, 30% of patients experienced dry eye during treatment with enfortumab vedotin 1.25 mg/kg. Treatment was interrupted in 1.5% of patients and 0.1% of patients permanently discontinued treatment due to dry eye. Severe (Grade 3) dry eye only occurred in 3 patients (0.4%). The median time to onset of dry eye was 1.7 months (range: 0 to 30.6 months). Special populations: *Elderly:* Enfortumab vedotin in combination with pembrolizumab has been studied in 173 patients <65 years and 391 patients ≥65 years. Generally, adverse event frequencies were higher in patients ≥65 years of age compared to <65 years of age, particularly for serious adverse events (56.3%, and 35.3%, respectively) and Grade ≥3 events (80.3% and 64.2%, respectively), similar to observations with the chemotherapy comparator. **Overdose:** There is no known antidote for overdosage with enfortumab vedotin. In case of overdosage, the patient should be closely monitored for adverse reactions, and supportive treatment should be administered as appropriate taking into consideration the half-life of 3.6 days (ADC) and 2.6 days (MMAE). Reporting of suspected adverse reactions Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/risk balance of the medicinal product. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions via the national reporting system. **België/Belgique:** Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten / Agence fédérale des médicaments et des produits de santé; www.fagg.be / www.afmps.be; Afdeling Vigilantie / Division Vigilance: Website/Site internet: www.eenbijwerkingmelden.be / www.notifieruneffetindesirable.be; e-mail: adr@fagg-afmps.be **Ireland:** HPRA Pharmacovigilance, Website: www.hpra.ie or Astellas Pharma Co. Ltd. Tel: +353 1 467 1555, E-mail: irishdrugsafety@astellas.com. **Nederland:** Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb; Website: www.lareb.nl **Luxembourg/Luxemburg :** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé ; Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance **PHARMACOLOGICAL PROPERTIES** Pharmacotherapeutic group: Antineoplastic agents, other antineoplastic agents, monoclonal antibodies, ATC code: L01FX13 **MARKETING AUTHORISATION HOLDER:** Astellas Pharma Europe B.V. Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, The Netherlands **MARKETING AUTHORISATION NUMBERS:** EU/1/21/1615/001 & EU/1/21/1615/002 **DATE OF REVISION OF THE TEXT:** September 2025 **Job Bag Number:** MAT-BXI-PAD-2025-00002 Detailed information on this medicinal product is available on the website of the European Medicines Agency https://www.ema.europa.eu. **Ireland:** Astellas Pharma Co. Ltd., Tel.: +353 1 467 1555. SPC may be found at www.medicines.ie. Delivery Status: subject to medical prescription. Astellas Pharma B.V., **NL:** Sylviusweg 62, 2333BE Leiden, Netherlands **BE/LU:** Medialaan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium **IE:** Legal classification: POM

Agenda

Masterclass Gynaecologie-oncologie	8 en 9 februari 2027
Masterclass Immunotherapie	11 februari 2027
Masterclass Cardiotoxiciteit in de Oncologie-Hematologie	15 april 2027
Masterclass Long-Oncologie	11 mei 2027
Masterclass GE-Oncologie	27 mei 2027
Masterclass Palliatieve Zorg 2027	21 en 22 september 2027
Masterclass Uro-oncologie 2027	6 en 7 oktober 2027
Masterclass Mamma-Oncologie 2027	23 en 24 november 2027

Voor actuele informatie netwerkvso.nl/agenda



Colofon

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 5 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
Sandra Dikkes
Isala, Zwolle
Mascha Juffermans
Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen
Christien Oudbier
UMC Utrecht
Sylvia Verhage
V&VN

Aan dit nummer werkten mee:
Wiep van Apeldoorn, Erasmus MC, Chantal Foeken, Michel Groen, Bianca Hagenaars, Marc de Leeuw, Richard Martens (CWZ), NFP Photography, Marijke van Oosten, Margot Scheerder, Angeline Taal, UMC Groningen, Ivo van der Velden (Studio6d), Frank van Wijck

Coverfoto:
Christien Oudbier © NFP Photography

Advertenties
Uitgeverij Jaap
E-mail: tomsmit@uitgeverij-jaap.nl
Tel.: 06 - 43 15 68 31

Uitgever en redactie
Uitgeverij Jaap
Postbus 60334, 1320 AJ Almere
Website: www.oncologie.nu
E-mail: liasmit@uitgeverij-jaap.nl
Twitter: @OncUptodate
Tel.: 06 - 14 63 76 09

Copyright
© Uitgeverij Jaap, Almere.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt of overgenomen worden door middel van druk, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

Aansprakelijkheid
Redactie en uitgever zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van de onder auteursnaam opgenomen artikelen of van de advertenties.

Oplage
4.000 stuks

Behandeling van longkanker:

“Wees niet te fatalistisch bij hersen-metastasen”



Prof. dr. L. Hendriks, longarts

20-40% van NSCLC patiënten **ontwikkelt hersenmetastasen** gedurende het ziektebeloop.

1 op de 3 patiënten met hersen-metastasen door longkanker heeft bij diagnose **geen duidelijke** neurologische **klachten**.

Wachten op diagnostiek vraagt geduld, maar **is de moeite waard**.

Vroegtijdige diagnose van hersenmetastasen bij longkankerpatiënten is van belang. Er is steeds meer mogelijk om hersenmetastasen te behandelen, mede dankzij doelgerichte therapie. Moleculaire diagnostiek kost tijd, maar wachten is de moeite waard voor de behandelopties.

Bron: Huijs, J. (2026) Wegwijzer hersenmetastasen bij longkanker

Meer lezen?
Scan de QR code:

Een initiatief van Pfizer

PP-UNP-NLD-1871