

# Radboud Report Oncologie nr1 2019

MRI-scan tijdens bestraling

Niet naar IC  
na operatie hersentumor

Psychische hulp  
na darmkanker

Radboud



## Voorwoord

Mijn lieve moeder van 91 is cognitief nog een jonge meid. Ze weet dat Ajax dit weekend won en is ontdaan over de aanslagen in Sri Lanka. Fysiek ligt het anders. Ze is fragiel en heeft bij de meeste dagelijkse activiteiten hulp nodig. Vandaag mag ze uit het ziekenhuis. Medisch gezien had dat al voor de Paas gekund maar toen was de verpleegkundige hulp thuis nog niet beschikbaar.

Een goede afstemming tussen de zorg in en buiten het ziekenhuis lijkt zo vanzelfsprekend. Toch is het dat kennelijk niet. Eerder deze maand kwam het IKNL / NFK rapport 'Kankerzorg in beeld; over leven met en na kanker' uit. Een groot gedeelte van deze ruim 800.000 Nederlanders ervaart na genezing belemmeringen. Thuis. In het werk. In het sociale leven. Het gaat om vermoeidheidsklachten, maar ook angst, perifere zenuw schade en bijvoorbeeld financiële problemen. De vraag is of we wel voldoende aandacht hebben voor dat brede scala aan problemen. Het rapport is daarover duidelijk: nee! Er valt nog veel te verbeteren.

Teveel patiënten moeten na hun behandeling op zoek naar specifieke hulp of advies. In dit blad hebben we al vele malen verhalen gebracht hoe het Centrum voor Oncologie probeert de patiënt ook bij te staan na de ziekenhuisperiode. Ook nu weer, met een reportage psychische zorg na darmkanker en het verhaal 'U mag bij twijfel niet bellen; u moet bellen' over persoonlijke zorg voor patiënten met hersentumoren. Maar het kan altijd beter. Laat het ons horen wanneer u suggesties heeft.

Ajax-Vitesse vanavond. Fijn dat ons mam weer vanuit haar eigen luie stoel kan kijken.

*Bart Kiemeney*

## colofon

Voorzitter redactieraad:  
prof. dr. Bart Kiemeney

### Redactieraad:

dr. Ingrid Desar  
prof. dr. Ad Geurts van Kessel  
Carla Smits-Caris  
Anneke Hulshoff MANP  
prof. dr. Bart Kiemeney  
prof. dr. Thijs Merckx  
drs. Mark van der Wolf  
dr. Robert Takes

### Tekst:

drs. Joost van Sluijters,  
Capital Advertising

### Fotografie:

John Sluyter

### Foto voorzijde:

Prof. dr. Marcel Verheij

### Vormgeving en realisatie:

Capital Advertising  
Tel: +31 - 73 613 30 30

Overname gegevens alleen  
toegestaan met bronvermelding:  
Radboud Report Oncologie

### Correspondentieadres:

Radboudumc  
Centrum voor Oncologie  
Postbus 9101 (huispost 547)  
6500 HB Nijmegen  
Tel: +31 - 24 365 57 51  
Email: oncologie@radboudumc.nl  
www.radboudumc.nl/report

### ISSN:

2468-3353

# Radboud Report Oncologie nr1 2019

## inhoud

- 04 **Afdeling Radiotherapie inspirerend en uniek**  
Prof. dr. Marcel Verheij maakt stappen vooruit
- 07 **EU-eensgezindheid voor zeldzame erfelijke kankers**  
Prof. dr. Noline Hoogerbrugge over ERN GENTURIS
- 08 **Spiritualiteit in de palliatieve zorg**  
Jacqueline van Meurs ontwikkelt training
- 10 **Het eerste aanspreekpunt**  
Centrale rol voor verpleegkundig specialist neuro-oncologie
- 12 **Hematologie ook financieel gezond**  
Prof. dr. Nicole Blijlevens en Stefan Heijne leggen basis
- 14 **"Je kunt ook teveel bewaken"**  
Neurochirurg dr. Mark ter Laan houdt patiënt van de IC
- 15 **Column**  
Een pleidooi voor goedkope namaak van medicijnen
- 16 **Patiënten bespreken in lunchpauze**  
Paramedisch MDO levert veel op
- 18 **Psychische hulp voor genezen darmkankerpatiënt**  
Psycholoog en patiënt over de aanpak en de CORRECT-studie
- 20 **Kort, actueel nieuws**  
Onder meer de Tour de France van Bart



*Marcel Verheij: “De combinatie van kliniek en onderzoek is voor mij een van de beste keuzes die ik ooit gemaakt heb.”*

*Prof. dr. Marcel Verheij geeft leiding aan afdeling Radiotherapie*

# Stappen vooruit door MRI-scan tijdens bestraling

Prof. dr. Marcel Verheij geeft sinds een half jaar leiding aan de afdeling Radiotherapie van Radboudumc. Door als afdeling niet alleen de zorg in de brede zin te bieden, maar ook sterk te focussen op specifieke tumoren en technieken, verwacht hij in de komende jaren opnieuw grote stappen vooruit te kunnen maken. ‘Beyond state-of-the-art’ is zijn nadrukkelijke ambitie. Hij wil onderzoek en patiëntenzorg nog dichter bij elkaar brengen en heeft hoge verwachtingen van het toepassen van MRI-gestuurde bestraling vanaf 2020. Een gesprek over de stand van zaken, ambities, verleden en vooral ook toekomst.

## Een stap maken

Prof. dr. Marcel Verheij werkte als radiotherapeut-oncoloog en hoofd van het cluster Radiotherapie van het Antoni van Leeuwenhoek (AVL). “Ik zat er al vanaf mijn promotieonderzoek; 28 jaar geleden. Als je ergens lang werkt kan het een automatisme worden en gaat de brede blik een beetje verloren. Ik wilde daarom nog één keer een stap maken, het liefst naar een academische omgeving. Ik wist wat ik bij het AVL goed had gedaan en wat ik anders zou doen, maar het is lastig een koerswijziging te realiseren in een omgeving waar je zelf uit voortkomt. Daarom ben ik blij dat ik hier een nieuwe, frisse start kan maken. Ik zie hier een hoop dynamiek en talent. Zowel op de afdeling als in het hele huis. Daar wil ik graag onderdeel van zijn en mede sturing aan geven.”

## Spannende ontwikkelingen

Verheij noemt de omgeving waar hij nu sinds een aantal maanden in werkt inspirerend en uniek. “De betrokkenheid van de medewerkers bij de dagelijkse patiëntenzorg, de opleiding van toekomstige collega’s en wetenschappelijk onderzoek is enorm. Daarnaast is het zonder meer een unieke situatie dat we op de afdeling, fysiek en inhoudelijk, zo dicht bij de medewerkers van het Radiotherapy & Onco-immunology Laboratory zitten, waar je laagdrempelig interacties met de onderzoekers kunt hebben. De combinatie van kliniek en onderzoek is voor mij een van de beste keuzes die ik ooit gemaakt heb. Je wilt immers dicht bij de spannende ontwikkelingen in ons vak zitten. Daar onderdeel van zijn en vooral ook proberen dat onderzoek naar de patiënt toe te halen. Dat kan hier perfect op het grensvlak van kliniek en onderzoek.”

## Sprong vooruit

Er zijn in de loop der jaren golfbewegingen geweest waarbij men soms verwachtte dat de rol van radiotherapie binnen de zorg voor kankerpatiënten kleiner zou worden. En dan weer waren er doorbraken die ervoor zorgden dat radiotherapie juist belangrijker werd. Marcel Verheij: “Begin jaren negentig bijvoorbeeld, toen ik werd opgeleid, zat het vak eigenlijk op een dood spoor. Er waren weinig nieuwe ontwikkelingen en de bestralingstechnieken waren erg eenvoudig. Met een röntgenfoto in de hand waarop de tumor niet te zien was, moest je schatten waar deze zat aan de hand van de botstructuren. Je bestraalde in die tijd daarom ruime velden en daarmee veel normaal weefsel. Nu zitten we écht op de top van een nieuwe golf. Door verregaande integratie van moderne beeldvormende technologieën en ondersteund door geavanceerde computergestuurde planningstechnieken heeft ons

vak een enorme impuls gekregen. Maar ook door de ontwikkeling van nieuwe behandelingen, zoals protontherapie, de combinatie van bestraling met doelgerichte middelen en, meer recent, immunotherapie. Dankzij het gebruik van CT-beelden kunnen we nu in drie dimensies zien waar de tumor zich exact bevindt, en kunnen we ons behandelplan aanpassen op basis van vorm- en positieveranderingen. Dat maakt dat we steeds preciezer kunnen bestralen, marges verkleinen, bijwerkingen beperken en een hogere dosis geven. Nu gaan we nog een stap verder en scannen we volgend jaar tijdens de bestraling. Dat is weer een enorme sprong vooruit.”

## Unity MR-Linac

Verheij doelt op de komst van de zogenaamde Unity MR-Linac naar het Radboudumc. Vanaf volgend jaar zal de Unity MR-Linac in gebruik genomen worden en behalve een verbeterde behandelmethodiek ook nieuwe mogelijkheden voor onderzoek bieden. Marcel Verheij: “Het gaat om een nieuw bestralings-toestel waarbij een lineaire versneller en een MRI-scanner zijn geïntegreerd. Zo zie je ‘live’ en met veel detail hoe de tumor zich gedraagt tijdens de behandeling. Hoewel we nu ook al kunnen zien of een tumor kleiner wordt, weten we onvoldoende welke - anatomische en functionele - veranderingen daaraan voorafgaan. Deze kunnen we nu in beeld brengen zonder extra stralenbelasting. Je krijgt op die manier belangrijke informatie om de behandeling aan te passen als dat nodig blijkt. Er is nog veel onderzoek nodig om per indicatie de meerwaarde van MRI-gestuurde bestraling in kaart te brengen.”

## Bestraling & Immunotherapie

Heel zelden zien radiotherapeuten dat als bij een patiënt met uitzaaiingen alleen de meest klachtgevendende uitzaaiing bestraald wordt, ook niet bestraalde tumoren verdwijnen of kleiner worden. De verklaring voor dit zogenaamde “abscopal effect” is, dat lokale bestraling het immuunsysteem dusdanig activeert dat het ook uitzaaiingen buiten het bestralingsveld kan aanpakken. Dat blijkt echter een erg inefficiënt proces, dat bovendien patiënt- en tumortype-afhankelijk is. Radboudumc past nu in een aantal gevallen bestraling gecombineerd met immunotherapie toe; één van de hoopgevende ontwikkelingen waar Marcel Verheij met zijn afdeling op inzet. Met de immunotherapie krijgt het immuunsysteem een extra boost, en studies laten zien dat als dit gecombineerd wordt met bestraling, de behandeling in specifieke gevallen zeer effectief kan zijn. Radboudumc wil deze combinatiebehandeling voor meer patiënten beschikbaar maken. Onderzoekers van de afdeling Radiotherapie richten zich op onderliggende werkingsmechanismen en gaan de doses en de tussenliggende tijden variëren, om zo het optimale effect voor de patiënt te kunnen bepalen.

Vervolg van pagina 5

Dit onderzoek willen we graag met onze regionale partners doen door gezamenlijk indicatie- en behandelprotocollen te ontwikkelen. Hierdoor kunnen we de introductie van MRI-gestuurde radiotherapie in onze regio optimaal vormgeven.”

### Keuzes gemaakt

In overleg met het Centrum voor Oncologie heeft de afdeling Radiotherapie een aantal strategische keuzes gemaakt, nu ruim een jaar geleden. Verheij is daar blij mee: “Dat focussen is een sterk proces geweest. In de breedte bieden we uitstekende reguliere zorg, maar daar bovenop willen we ons de komende jaren richten op een beperkt aantal speerpunten om ons nationaal en internationaal te kunnen profileren en de beschikbare mensen en middelen optimaal te kunnen inzetten voor innovatie en “beyond-state-of-the-art” zorg. Dat is heel goed. Zo kun je heel duidelijk naar een doel werken. Iedereen kent de keuzes en ik wil alle disciplines binnen de afdeling hier actief bij betrekken. Naast de speerpunten qua tumorgebieden, hoofd-hals, prostaat, long, tumoren met maar weinig uitzaaiingen, zullen we ons richten op de kruisbestuiving van drie behandeltechnieken: stereotactische (hoge dosis-hoge precisie) radiotherapie, radio-immunotherapie en MRI-gestuurde radiotherapie. Hiermee kan de behandeling van patiënten steeds meer geïndividualiseerd worden. Dit sluit naadloos aan bij het thema Persoonsgerichte Zorg, één van de speerpunten van het Radboudumc.”

### Complex proces

Over een jaar heeft de afdeling de MRI-gestuurde radiotherapie operationeel. Marcel Verheij: “Het traject van aanschaf naar klinische implementatie is een complex proces. We werken hierbij nauw samen met de afdeling Radiologie & Nucleaire Geneeskunde waar veel kennis is op het gebied van complexe MRI-beeldanalyse. Beide afdelingen vullen elkaar heel goed aan wat essentieel is voor optimale patiëntenzorg en innovatief onderzoek. Als we bijvoorbeeld patronen gaan herkennen in de vroege fase van bestraling die iets zeggen over de uitkomst van de behandeling, kunnen we gaan voorspellen of patiënten goed zullen reageren en mogelijk een andere behandeling in gang zetten. Dat is patiëntgericht én innovatief. MRI-gestuurde bestraling zal een belangrijk deel van onze workflow gaan veranderen. Patiënten krijgen een MRI-scan in plaats van een CT-scan, je scant tijdens het bestralen, bestralingstijden worden anders en we kunnen vaker de behandeling aanpassen op veranderingen die tijdens de bestraling optreden. Een ander belangrijk voordeel van betere beeldvorming tijdens de bestraling is de patiënt-vriendelijke mogelijkheid om de behandeluur sterk te verkorten door een hogere dosis per fractie toe te dienen.”

*Nicoline Hoogerbrugge:  
“We bundelen niet alleen de kennis van Europa, maar ook de data.”*



## Zeldzame Europese eensgezindheid voor zeldzame erfelijke kankers

Aangezwengeld door de EU zijn in Europa referentienetwerken opgezet voor zeldzame, weinig voorkomende en complexe ziekten. Deze zogenaamde ERN's zijn virtuele netwerken waarbinnen medische kennis en expertise gedeeld wordt. Ook de ongeveer 40 zeldzame soorten van erfelijke kanker zijn binnen een ERN ondergebracht. Internist en oncogeneticus prof. dr. Nicoline Hoogerbrugge coördineert dit ERN GENTURIS-netwerk en beantwoordt onze vragen.

### Waarom een netwerkaanpak?

Door voor deze zeldzame erfelijke tumor risicosyndromen een Europese netwerk-aanpak te kiezen, wordt niet alleen alle kennis gebundeld, maar worden ook data van patiënten gebundeld, waardoor deze, ondanks de zeldzaamheid van de ziekte, tóch voldoende omvang krijgen om valide wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen. Temeer omdat we er bij één van de onderzoeken voor gekozen hebben om met vier ERN's samen te gaan werken. Daarbij gaat het om kanker, maar bijvoorbeeld ook om patiënten met een aangeboren zeldzame intellectuele ontwikkelingsachterstand. Door die bundeling ontstaat een database van ongeveer 7000 patiënten met zeer zeldzame vermoedelijk erfelijke aandoeningen. Deze data analyseren we nu, waarbij we verwachten dat we nieuwe genetische defecten op het spoor gaan komen.

### Hoe ver zijn we inmiddels met dat netwerk-onderzoek?

Inmiddels zijn alle data vanuit de EU-landen geüpload. Dat is zeker niet vanzelf gegaan. Want we hebben binnen het netwerk niet alleen te maken met sterk verschillende culturen, maar ook met mensen die hun data maar moeilijk afstaan. Men moet elkaar gaan vertrouwen, het eigen ego aan de kant zetten en ook de vaak dwingende prikkel van de publicatiedrang even negeren.

### Wat gaat dit onderzoek opleveren?

De whizzkids zullen zich nu op de data gaan storten en op basis van de DNA- en waar nodig RNA-profielen proberen systemen te ontrafelen. Dat gaat nieuwe inzichten opleveren die ook verder gaan dan erfelijke kanker alleen. Want als we het genetisch systeem ook op dit punt gaan snappen, reikt dat veel verder. Maar er gebeurt nog iets. Dit ERN-onderzoek loopt vijf jaar en in die vijf jaar ontstaat er een netwerk van mensen die elkaar gaan kennen en vertrouwen.

Dat laatste blijft ook na het onderzoek bestaan, waardoor onderzoeker en medisch specialisten zich door Europa gaan bewegen om overal waar hun expertise nodig is, deze in te zetten. Ook gaat er één Europese evidence based behandelrichtlijn komen en ook het preventieve beleid wordt eenduidig.

### En wat gaat dát opleveren?

Momenteel wordt slechts 20-30% van de mensen met een erfelijke aanleg voor kanker als zodanig herkend. Patiënten zijn soms 15 jaar verder voordat de diagnose gesteld is. We streven naar verbetering van de identificatie en de diagnose. Daarnaast hopen we met het ontrafelen van de erfelijke component natuurlijk ook een aanzet te kunnen geven voor het geven van de juiste therapie en het nemen van de juiste preventieve maatregelen. Heel concreet gaan we er naartoe dat waar je ook woont in Europa, je altijd een expert gaat vinden die kennis heeft van jouw zeldzame, erfelijke ziekte. De behandeling zal vervolgens multidisciplinair zijn volgens de laatste evidence based EU-richtlijnen. En je kunt deelnemen aan Europees onderzoek dat de zorg weer verder brengt. Daar zijn we nu hard naar op weg.



*Yvonne Engels:  
"Aandacht voor  
zingeingsvragen is een  
belangrijke voorwaarde  
voor persoonsgerichte  
zorg."*

*Radboudumc ontwikkelt interactieve training*

## Zingeingsvragen van patiënten met kanker beter in beeld

Volgens de richtlijn 'Zingeving en Spiritualiteit in de Palliatieve Zorg' zouden alle verpleegkundigen en artsen die te maken krijgen met patiënten in de palliatieve fase, spirituele vragen moeten kunnen signaleren en verkennen. Maar de praktijk leert anders. Want werkdruk en onwennig- en onwetendheid zorgen ervoor dat vragen niet gesteld worden. Geestelijk verzorger Jacqueline van Meurs en haar copromotor Yvonne Engels menen dat een interactieve training hier soulaas kan bieden.

## Spiritualiteit

In de drie basisvragen voor het signaleren en verkennen, komt het woord 'spiritualiteit' niet voor. Yvonne Engels: "We hebben dat woord, dat in Nederland weerstand op kan roepen, bewust niet gebruikt. De kracht van de drie vragen ligt in de eenvoud en in de aansluiting bij de dagelijkse praktijk. Maar ondertussen kom je met dergelijke vragen wel tot de kern van de zaak. We maken met deze simpele vragen ruimte voor wat een patiënt bezighoudt, maar ook voor waar een patiënt mee verbonden is en waar een patiënt steun aan heeft."

*Jacqueline van Meurs:  
"Verpleegkundigen  
pikken vaak in alle  
drukte de spirituele  
vragen niet op."*



Yvonne Engels: "Aandacht voor zingeingsvragen is een belangrijke voorwaarde voor persoonsgerichte zorg. Aandacht hebben voor wat iemand in het bijzonder bezighoudt, wordt meer en meer gezien als een kwaliteit die iedere zorgverlener moet hebben. Het is dus zeker niet meer alleen de taak van geestelijk verzorgers. Het is logisch dat een deel van die aandacht komt van de verpleegkundigen. Die komen immers al aan het bed en hebben een brede blik. Juist zij zouden tijdens hun zorggerichte contact deze signalen van de patiënt rond zingeving die niemand anders te zien krijgt, op kunnen merken." Jacqueline van Meurs: "Verpleegkundigen die dagelijks omgaan met patiënten met kanker en hun naasten, zouden de spirituele dimensie van de patiënt moeten kunnen verkennen. Dat kan gewoon tijdens de dagelijkse handelingen, heel laagdrempelig. De richtlijn noemt drie vragen die zorgverleners ondersteunen bij het signaleren en verkennen: Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment? Aan wat of wie had u steun in eerdere situaties? En: Wie zou u op dit moment graag bij u willen hebben ter ondersteuning?"

Om na te gaan in hoeverre verpleegkundigen werkelijk ruimte kunnen of willen maken voor zingeving in hun dagelijkse werkzaamheden, is Van Meurs met hen meegelopen. Zij trok ook een witte jas aan en observeerde vier verpleegkundigen tijdens hun diensten. Na afloop van elke dienst interviewde ze deze verpleegkundigen ook. Ze vroeg dan of ze die dag aandacht hadden gehad voor zingeving. Aanvankelijk gaf iedere verpleegkundige aan, dat er helemaal geen situaties waren geweest waarin de beleving van de patiënten om aandacht vroeg. Wanneer Jacqueline aangaf wat zij zelf had waargenomen tijdens de dienst (en dat was veel), herkenden alle verpleegkundigen dit alsnog. Als redenen waarom ze de genoemde situaties niet verkend hadden, vertelden ze dat ze geen tijd hadden, hun hoofd er niet naar stond en ook dat de patiënten er mogelijk niet van gediend zouden zijn.

Jacqueline: "Er is brede consensus over het feit dat aandacht voor spiritualiteit een integraal onderdeel moet zijn van de zorg van professionals. En omdat met name verpleegkundigen veel contactmomenten hebben met patiënten met kanker zouden juist zij die aandacht moeten kunnen geven. Hoewel de verpleegkundigen die ik geobserveerd heb stuk voor stuk de noodzaak inzien en ook de middelen tot hun beschikking hebben, werd er geen vraag gesteld. Sterker nog, signalen die patiënten afgaven, waaruit duidelijk een vraag naar spirituele begeleiding naar voren kwam, werden niet opgepikt. De verpleegkundigen gaven later aan dat gebrek aan tijd en een zekere gereserveerdheid om over dergelijke kwesties te praten belangrijke redenen zijn. Ik snap die argumenten, maar weet ook dat de gesprekken die ik tijdens de observaties voerde slechts enkele minuten duurden."

Van Meurs en Engels constateren dat verpleegkundigen tijdens hun dagelijkse zorg voor patiënten met kanker heel veel kansen krijgen om het gesprek met patiënten aan te gaan over wat hen wezenlijk bezig houdt. Die kansen worden vaak nog niet gegrepen. En als dat wél gebeurt, blijken ze vaak niet tot verkenning ervan over te gaan. Van Meurs: "Dat is werkelijk een gemiste kans. Er gebeurt immers nogal wat met die patiënten en we weten uit onderzoek dat deze, als er aandacht is voor hun zingeingsvragen, bijvoorbeeld beter slapen en minder pijn ervaren. Daarom gaan we nu, als volgende stap in dit onderzoeksproject, een interactieve communicatietraining ontwikkelen. Zo leren professionele zorgverleners de vaardigheden voor het verkennen van de spirituele dimensie bij patiënten met kanker. Binnen deze training is aandacht voor het herkennen van signalen van patiënten en ook voor de misvatting dat een dergelijk gesprek veel tijd kost. "Ik wil ze leren hoe ze deze patiënten op de radar kunnen krijgen en laten zien dat het eigenlijk naar weinig tijd kost om ook daar met de patiënt het gesprek over aan te gaan." Yvonne Engels: "Persoonsgerichte zorg is een speerpunt van het Radboudumc. En dat is meer dan het afstemmen van een therapie op het genetisch profiel. Aandacht voor spirituele vragen in de palliatieve fase van de zorg, past daar even goed bij."

## “Ik ben het eerste aanspreekpunt voor patiënten met hersentumoren”

Wie als patiënt te maken krijgt met een hersentumor ontmoet in een tijd die al vol is van verwarring en verdriet niet alleen de neurochirurg, maar ook neurologen, oncologen en radiotherapeuten. Soms alleen van het Radboudumc, maar vaak ook van een verwijzend regionaal ziekenhuis. Als het al lukt om de namen en functies op een rij te krijgen, blijft het nog altijd moeilijk om in te schatten welke vraag bij welke specialist thuis hoort. En dat hoeft ook niet... Want binnen het neuro-oncologisch netwerk van het Radboudumc zijn verpleegkundig specialisten werkzaam. Zij zijn voor patiënten het eerste aanspreekpunt. Zij beantwoorden het merendeel van de vragen. Daarnaast coördineren ze de zorg door het maken van afspraken. En zij verrichten en passant ook veel verpleegkundige handelingen. Dat blijkt te werken en wij ervaren dat ook, als we een middag mee mogen lopen bij het neuro-oncologisch combi-spreekuur.

Het is veelal slecht nieuws dat hier op een middag voorbij komt. Patiënten verkeren in alle fasen van acceptatie van hun ziekte. Geopereerd, nét geopereerd of in afwachting van een hersenoperatie. Veel van hen laten zich vergezellen door familie of vrienden om vooral geen vragen of antwoorden te vergeten. Met name de jongere patiënten blijken opvallend goed voorbereid op het spreekuur en stellen vragen op detailniveau. En van bijna alle patiënten komen de vragen over verwachtingen: hoe lang heb ik nog? Welk risico loop ik? En wat als we niets doen? De artsen zijn helder, rustig, begripvol en soms ook wel aarzelend als ze slechter nieuws moeten geven als antwoord op een concrete vraag (wilt u dat écht weten?). Elke vraag kan en mag gesteld worden bij de arts, maar in de spanning van het moment worden vragen vergeten of te onbenullig gevonden om daar de specialist mee lastig te vallen. Maar dan is er Fleur Brienen, die samen met collega Sandra Bossmann, als verpleegkundig specialist alle patiënten onmiddellijk ziet als ze de spreekkamer verlaten hebben. Rustig, duidelijk, begripvol en praktisch.

Waar de twee weken eerder geopereerde patiënt bij de arts heel feitelijk vroeg of de wond nu inmiddels genezen is en hoe lang het duurt voordat de schedel ook weer zijn sterkte bereikt, komt nu het hoge woord er uit: “Mag ik mijn haren weer gewoon gaan wassen?” Dat mag van Fleur. Ze bekijkt de wond, haalt de hechtingen er uit (“Want anders moet u daarvoor

weer naar de huisarts”) en maakt op verzoek van de patiënt ook met zijn smartphone een paar foto's van de wond, zodat hij die ook rustig kan bekijken. Nee; dat vindt ze geen gekke vraag. Geen enkele vraag blijkt te gek en door de rust die in deze spreekkamer heerst en de stiltes die Fleur ook bewust laat vallen, komen die vragen vanzelf. Ze geeft de patiënten haar 06-nummer, waarmee zij rechtstreeks bereikbaar is. “U mag mij niet bellen als er iets is, u móet mij bellen” horen we haar meermaals zeggen.

Waar het combi-spreekuur artsen van tal van afdelingen samenbrengt rond de patiënt, is de verpleegkundig specialist niet in dienst bij een afdeling, maar in de keten neuro-oncologie. Daarmee zijn ze de continue factor, die ook buiten dit spreekuur de specialismen samenbrengt: de neuroloog, de neurochirurg, de oncoloog, de radioloog, fysiotherapeut en de huisarts. Dat is belangrijk, want patiënten raken in het medisch doolhof het overzicht vaak kwijt.

Fleur Brienen:  
“Patiënten mogen me niet bellen bij vragen, ze moeten bellen.”



Als de chirurg vraagt wie de longarts van de patiënt is, omdat de tumor in de hersenen een uitgezaaide longkanker blijkt, blijft deze het antwoord schuldig. “Er is zoveel op me afgekomen” horen we tot tweemaal toe deze middag, als patiënten aangeven waarom ze veel details niet weten. Ze hebben meer vragen dan antwoorden: “Ik heb nu zoveel medicijnen; waar is alles voor? En moet ik dat allemaal blijven slikken, want ik slaap er slecht van.” Brienen pakt het patiëntendossier erbij, neemt de medicijnen stuk voor stuk door en legt uit hoe de medicatie zal worden afgebouwd. “Is het zo duidelijk?” Het is zo duidelijk.

“Gaat u me opereren?” vraagt een patiënte aan de chirurg. Ze is blij er een gezicht bij te hebben, en spuit vervolgens een kwartier lang vragen. Hoeveel tijd gaan we winnen? Wat zijn de opties? Wat zijn de risico's? De jonge vrouw en haar moeder horen de zorgvuldige antwoorden met verschrikte en soms betraande ogen aan. “Ik heb vertrouwen in jullie,” zegt de vrouw tenslotte. “Maar het is zo heftig. Haal mijn been er maar af. Liever.” En dan ineens een vraag van een andere orde: “Moeten mijn neppagels er af voor de operatie?” Dat weet Fleur, meldt de specialist. En dat klopt. Ze moeten er af, zegt Fleur een kwartiertje later als ze de hele procedure doorneemt: Ja, je mag de dag na de operatie weer douchen. Ja, je mag de komende week gerust een glaasje wijn drinken en nee, autorijden is voorlopig niet verstandig.

Fleur vraagt ook naar de thuissituatie. Is er opvang straks? De laagdrempelige benadering door de verpleegkundig specialist en de tijd die hier kennelijk genomen kan worden, heeft zijn uitwerking. Er blijven vragen komen. “Kan ik meer uitzaaiingen verwachten?” “Ik word toch niet blind he?” en “Wanneer stoppen jullie eigenlijk met reanimeren?” Fleur Brienen luistert en weet de antwoorden. “Ik denk dat ik nu alle vragen gesteld heb”, rondt de patiënt af. Fleur ontnemt haar die illusie: “Nee, u vergeet zeker dingen te vragen. Maar bel me gewoon, als u vragen hebt. Bij twijfel bellen!”

*Afdeling hematologie: nu ook financieel gezond*

## “Transparantie was het begin; dan kun je iets gaan doen”

*Nicole Blijlevens:  
“De kosten zijn hier  
verlaagd; de kwaliteit  
verhoogd.”*



De focus van medisch specialisten ligt vanzelfsprekend op het verlenen van goede zorg. Maar om goede zorg te kunnen verlenen, moeten de randvoorwaarden ook goed geregeld zijn. En in tijden van op elkaar stapelende bezuinigingen met hoge werkdruk, is dat nog niet zo eenvoudig. Dat het wel kan, bewijst de afdeling Hematologie. Prof. dr. Nicole Blijlevens, hoofd van de afdeling Hematologie en hoogleraar Hematologie nam hierin samen met managing director Stefan Heijne de leiding. Zo wist de afdeling zich in slechts enkele jaren van financieel zorgenkindje tot een robuuste afdeling te ontwikkelen met ruimte voor innovatie en onderzoek.

Wij vroegen Blijlevens en Heijne hoe zij dit hebben kunnen realiseren. Nicole Blijlevens: “We zijn begonnen om eerst inhoudelijke keuzes te maken en daar ook heel consequent aan vast te houden. Op speerpunten willen we groeien en bloeien. Maar dat betekent soms ook dat je daarbuiten in eigen vlees moet snijden, wat ook pijn kan doen. Toch hebben we de medewerkers daarin meegekregen. En we hebben geprobeerd om alle externe betrokkenen uit te leggen hoe we tot deze speerpunten komen. De nieuwe bedrijfsvoering die hier is ingevoerd, wordt niet gezien als een bedreiging, maar als een kans en we zijn er met feitelijk heel slimme maatregelen in geslaagd veel efficiënter te werken.”

Stefan Heijne: “Eén van de grote kostenposten binnen de afdeling is de dure medicatie waar we mee werken. Op de kostprijs kun je meer invloed hebben dan je denkt. Zo hielp het op onze afdeling erg, om bij de onderhandelingen te benadrukken dat wij ook konden kiezen voor medicijnen met vergelijkbare effectiviteit van een andere farmaceut. Daarmee liepen wij ver vooruit op het inmiddels landelijke aanbestedingsbeleid. Verder is er heel hard gewerkt aan de doelmatigheid van de hele bedrijfsvoering. Er is hier enorm veel verandermanagement toegepast binnen de organisatie en we hebben mensen in beweging gekregen. Het eigen handelen van iedereen binnen deze afdeling is bevragebaar gemaakt en we zijn als afdeling duidelijk ondernemender geworden.”

Heijne geeft daar één voorbeeld van: De farmaceuten van hemostatica liepen met zeer grote regelmaat bij onze hematologen binnen. Als ze zich bij de eerste niet gehoord voelden, liepen ze bij de volgende binnen. “Dat patroon hebben we doorbroken door dit niet meer toe te staan. Wat we zijn gaan organiseren is een inhoudelijke sessie, één keer per maand, waarvoor men zich kan aanmelden als er nieuwe ontwikkelingen zijn rondom nieuwe therapeutische mogelijkheden. Een inhoudelijke commissie bepaalt het nut hiervan en of men hiervoor wordt uitgenodigd. Hierdoor creëren we partnership-mogelijkheden en is er rust in de agenda's van de hematologen.”

Blijlevens: “Door al deze stappen kregen we als organisatie al gauw weer de wind in de zeilen en dan kun je gaan sturen. We kregen ook weer ruimte om te gaan innoveren. Denk bijvoorbeeld aan CMyLife, een online platform waarmee we patiënten met chronische myeloïde leukemie veel beter bij hun eigen zorgtraject betrekken en ze daarin tot een volwaardig en goed geïnformeerde partner maken. Deze patiënten moeten levenslang medicijnen gebruiken. Maar de praktijk laat zien dat als patiënten gecontroleerd stoppen met hun medicatie, de ziekte in 40% van de gevallen niet terugkeert. Op basis van de waardes in een serie bloedtests gedurende twaalf maanden lijken we te kunnen voorspellen bij wie dat het geval zou kunnen zijn. In CMyLife brengen we nu die curve met alle bloedwaardes voor de patiënt in beeld. Deze heeft dan de gegevens en kan zélf de regie pakken. Doordat we ruimte kregen om te innoveren, wordt daar nu bespaard.”

Blijlevens: “Ik durf te stellen dat we als afdeling niet alleen de kosten omlaag hebben gebracht, maar tegelijkertijd ook de kwaliteit verhoogd hebben. Onze output is verbeterd. Dat hebben we samen gerealiseerd.”

*Stefan Heijne:  
“Consequent vastge-  
houden aan inhou-  
delijke keuzes.”*





Neurochirurg Mark ter Laan houdt patiënt van de IC

## “Soms kun je ook teveel bewaken na een operatie”

“Natuurlijk gaan we voor optimale veiligheid. Maar anderzijds hoef je ook niet veiliger te werken dan noodzakelijk,” stelt dr. Mark ter Laan. Hij bevroeg zijn patiënten na afloop van een zware hersenoperatie naar hun ervaring.

Daarbij bleek dat in bijna alle gevallen de operatie zelf heel erg mee was gevallen, maar het ontwaken op de intensive care als tamelijk traumatisch werd ervaren. Dus bracht hij nog eens in beeld voor welke mogelijke complicaties zijn patiënten naar de IC werden gebracht. En hij bekeek samen met zijn collega's in hoeverre deze complicaties, denk aan bloedingen, zwellingen, uitval en epileptische aanvallen, eigenlijk voor komen. Hun conclusie was opmerkelijk en de gevolgtrekking ook: patiënten ontwaken nu na de operatie, met wat extra bewaking, in een normaal ziekenhuisbed. Dat zorgt voor een betere ervaring, lagere kosten en zelfs voor betere zorg.

Mark ter Laan is neurochirurg en als keteneigenaar verantwoordelijk voor de neuro-oncologie-keten die zich richt op de behandeling van alle tumoren van het zenuwstelsel. Met name hersentumoren. Ter Laan: “Operaties aan de hersenen hebben een enorme impact. Met name psychologisch. Voor patiënten grijpt zo'n operatie in op hun 'zijn'. Maar als ik patiënten na de operatie vraag hoe het is gegaan, hoor ik bijna altijd dat het meeviel. Lichamelijk. Alleen de eerste nacht op de IC wordt door bijna alle patiënten genoemd als erg ingrijpend. De piepjes, de trauma's, de reanimatie een paar bedden verderop... Wij kregen het idee dat patiënten beter zouden herstellen als we ze dit konden besparen. Dus hebben we in de archieven twee jaar teruggekeken naar de complicaties bij deze ingreep. Daarbij zagen we dat er op de 600 ingrepen maar twee nabloedingen waren geweest. Waarvan eentje nádat de patiënt op de IC had gelegen.”

De opvang van patiënten op de IC stamt eigenlijk nog uit een tijd dat de operatietechniek aanzienlijk minder geavanceerd was. Hij blijkt voor 'recht toe recht aan-operaties', zoals Ter Laan die noemt, dus eigenlijk overbodig. “Als wij op de verpleegafdeling de polsslag permanent meten en een paar extra handen aan het bed hebben, kunnen we de eerste 24 uur na de operatie ook prima op een normale ziekenhuiskamer verzorgen. Daarvoor hadden we een paar extra monitoren nodig én capaciteit. Dat bleek mogelijk.” Mark ter Laan kon gebruikmaken van de meerjarige kwaliteitsalliantie die Radboudumc gesloten heeft met zorgverzekeraar VGZ. Onder de noemer 'Betaalbaar Beter' werken beiden gezamenlijk aan zinnige zorg: innovaties die de zorg tegelijkertijd beter en goedkoper maken. Beter voor de patiënt en beter voor de maatschappij dus.

De afdeling is op 1 april 2017 begonnen met het nieuwe beleid waarbij de geopereerde patiënten, behalve als er redenen zijn om daarvan af te wijken, niet meer naar de IC gaan.

Uiteraard wordt dat nieuwe beleid voortdurend geëvalueerd. De resultaten zijn spraakmakend. Er wordt niet alleen jaarlijks €300.000 bespaard, ook zijn er minder complicaties. Mark ter Laan: “Patiënten hebben minder lang een infuus en katheter, liggen minder lang in bed en zijn in totaal ook minder lang in het ziekenhuis. Het 'bewaakte' en 'veilige' gevoel dat we met de IC boden, wordt op de verpleegafdeling neurochirurgie ook ervaren door de patiënten. En ook de verpleging is blij met de nieuwe situatie.”

En er blijkt nog een winstpunt te zijn: “We kwamen in het verleden nog wel eens in de situatie dat na bijvoorbeeld een groot ongeluk de IC plotseling vol lag. Dan waren we genoodzaakt om operaties af te zeggen. Ook dat hoeft nu niet meer.” Het mes van deze chirurg snijdt aan drie kanten.

Mark ter Laan:  
“Er wordt €300.000 bespaard en er zijn minder complicaties.”

## Wal keert schip

Ik heb een zeilbootje. Het bootje ligt in Loosdrecht en ieder voorjaar breng ik daar vele uren door om het schip weer 'vaarklaar' te krijgen. Daarbij heb ik met grote regelmaat boutjes en moertjes nodig om zijstagen, de neus of het roerblad opnieuw te bevestigen. De plaatselijke winkel met zwemvesten en landvasten verkoopt gelukkig ook RVS-bevestigingsmateriaal en... dat kost werkelijk de hoofdprijs. Laatst heb ik het zakje met boutjes en moertjes mee naar huis genomen. Daar is in geen velden of wegen water te bekennen. Ik liep bij de plaatselijke ijzerwarenwinkel binnen, schudde het zakje leeg en vroeg of men me dit kon leveren. Dat kon.

Ik bleek ruim de helft goedkoper uit te zijn. Toen ik later in Loosdrecht verhaal ging halen zei men daar dat de prijs bepaald wordt door de markt en dat mensen die bang zijn dat de mast overboord vliegt graag iets meer betalen.

Ik moest er aan denken toen begin dit jaar de discussie losbarstte rond het zeldzame kankermedicijn lutetium octreotaat. De prijs daarvan was, toen de ziekenhuisapotheek het maakte, circa 4.000 euro. Farmaceut Novartis vraagt nu zo'n 23.000 euro per infuus. Dat zijn Loosdrechtse toestanden. Tot nu toe heb ik altijd gedacht dat een prijs bepaald wordt door de zeldzaamheid van producten (schetsen van Rembrandt) of door de hoeveelheid arbeid die nodig is om het product te maken of verkrijgen (saffraan; dat per kilo duurder is dan goud). Nu leer ik dat de prijs toch vooral bepaald wordt door wat de gek er voor geeft. En op het moment dat een zeldzame vorm van kanker je leven bedreigt, dan wordt je gek. Zoveel is zeker. Wat Novartis doet is volkomen legaal en het kan op deze manier handelen, doordat het eigenaar is van zowel het medicijn als de bedrijven die de grondstoffen ervan produceren. Het kan, het mag én het is zeker niet wenselijk. Het mag niet zo zijn dat de basis van een medicijnprijs bepaald wordt, door de prijs die een leven ons waard is.

Hoe gaat de wal dit schip keren. Novartis is een beursgenoteerde onderneming die streeft naar winstmaximalisatie. Ik lees op beleggingssites dat Novartis een potentiële hogere koersbodem weet te vormen. Novartis beweegt in zijwaartse richting tussen steun op 80,72 en weerstand

92,80. Ik voel vooral weerstand moet ik zeggen... Er bestaat in de farmacie geen enkele relatie tussen de kosten van de generiek werkzame stof en de verkoopprijs. Dertig pillen van de rustgever Xanax kosten aan werkzame stof negen cent, terwijl de verkoopprijs op vijftig euro ligt. Natuurlijk moet een fabrikant de investering ook terugverdienen, maar winstmarges van meer dan 20% zijn naar mijn gevoel onethisch. Ik ga, ook denkend aan de Loosdrechtse praktijken, een route of moet ik zeggen bouten uitspraak doen: de kosten voor dure geneesmiddelen stijgen jaarlijks met zo'n 10 procent. Om dat te beteugelen moeten we toestaan dat een andere partij dure medicijnen die nog onder een octrooi vallen, goedkoop na mag maken als de fabrikant, volledig transparant, de prijs niet kan verantwoorden. Zo'n maatregel helpt niet voor de koersbodem, maar wél de patiënt.

Joost van Sluijters



## Broodnodig paramedisch multidisciplinair overleg

Waar in de zorg door de zorgverzekeraar vaak per minuut gestuurd wordt op efficiency en productiviteit, is het soms moeilijk om nieuwe, belangrijke initiatieven van de grond te krijgen. Maar de lunchpauze is gelukkig nog van de mensen zelf.

En die mensen, in dit geval de paramedici die nauw betrokken zijn bij patiënten met een tumor in het hoofd-halsgebied, kiezen er binnen het Radboudumc voor om hun boterham tussen de middag eens in de twee weken op te eten tijdens een paramedisch multidisciplinair overleg. Omdat het belangrijk is en zij niet op een 'go' van derden willen wachten. En zo treffen we tussen de middag bijvoorbeeld diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers, mondhygiënist, verpleegkundigen en radiolaboranten aan de vergader-/lunchtafel.

De agenda van dit overleg bestaat uit patiënten, die stuk voor stuk op een zeer betrokken manier besproken worden. Men wijst elkaar op bijzonderheden ('zijn praten gaat best goed, maar het probleem zit bij het slikken') of men waarschuwt elkaar voor het karakter van een patiënt ('hij is erg eigenwijs' of 'zijn zelfbeeld klopt niet met de werkelijkheid').

Wie hier, zoals wij, meeluistert, begrijpt direct de enorme toegevoegde waarde van dit soort initiatieven. Marianne Arts, als case manager hoofd-halsoncologie mede-initiatiefnemer van dit MDO: "Het idee komt van het Antoni van Leeuwenhoek, maar we hebben het hier enthousiast geadopteerd. Door samen patiënten te bespreken en ook afspraken te maken over het met elkaar volgen van patiënten, kunnen we de zorg nog verder verbeteren. Dat is ons een middagpauze waard."

Anne Snippe: "Ik moest blij wezen, maar was het niet."

## "Ik mag dat niet denken; ik moet blij zijn"

Een derde van de mensen die darmkanker hebben gehad ziet zich geconfronteerd met lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid, ontlastingsproblemen, pijnklachten en ook psychische klachten zoals onzekerheid, angst en somberheid. De afdeling Medische Psychologie van het Radboudumc heeft daarom een behandeling ontwikkeld, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Die richt zich op het leren omgaan met deze problemen en het verbeteren van kwaliteit van leven. Anne Snippe, net behandeld voor darmkanker, had daar veel behoefte aan. Hij deed mee aan de CORRECT-studie waarmee samen met het VUmc de werking van de aanpak wordt onderzocht. We spreken hem en de behandelend psycholoog Saskia Spillekom-van Koulik.



**Anne Snippe:** "In 2001 heb ik teelbalkanker gehad. Nadat ik daarvan genezen was, bleek tijdens het bevolkingsonderzoek in 2015 dat ik darmkanker had. Na een MRI-scan bleek er bovendien een tumor in mijn borstholte te zitten. Dat was echt een gigantische tegenvaller. Ik had helemaal geen klachten. En dat is ook het vervelende aan kanker; het is een echte sluipmoordenaar. Ik heb hier in Nijmegen eerst een operatie voor de darmkanker gehad, dat ging heel goed. Daarna is de borstholte geopereerd en daarvoor heb ik, door complicaties, zeven weken hier gelegen. Daarna kwam ik elke keer voor controle hier en daarbij sprak ik uit dat ik problemen had om de zin van het leven in te zien. En om het vertrouwen in het leven weer te krijgen. Professor Rosman heeft me toen gewezen op de CORRECT-studie en in contact gebracht met Saskia."

**Saskia Spillekom-van Koulik:** "De mensen in de studie hebben darmkanker gehad. Die is weg. De vlag zou dus uit mogen, maar bij een derde van de patiënten zie je dat er heel veel restklachten zijn en dat zij moeite hebben om daarmee om te gaan. Die klap kan ook nog veel later komen. In het geval van Anne speelde natuurlijk mee dat hij een aantal keren kanker had gehad, zonder dat er klachten waren. Dat is een eng idee. Bij darmkanker is er elke dag die ontlasting en soms buikpijn, die weer een trigger kunnen zijn om de angst aan te wakkeren. Het kan dan gaan overheersen."

**Anne Snippe:** "Ik was bijna nergens anders mee bezig. En iedereen zegt 'je moet toch blij wezen', maar dat was ik niet."

**Saskia Spillekom-van Koulik:** "Meer dan een half jaar geleden zijn we daaraan gaan werken. Anne was ingeloot voor het behandeltraject (er is ook een controlegroep in de studie met mensen die uitgeloot zijn, red.) en toen zijn we behandelmodules in gaan zetten om aan de klachten te werken. We hebben een module 'somberheid', een module 'omgaan met de lichamelijke gevolgen' en een module 'angst' waarmee we kunnen werken. Bij Anne ging het vooral over angst dus daar zijn we mee aan de slag gegaan."

**Anne Snippe:** "Die angst komt ook nu nog regelmatig terug hoor. Maar ik kan het inmiddels 'handelen'."

**Saskia Spillekom-van Koulik:** "We hebben vijf face-to-face-gesprekken hier in het Radboudumc gehad, drie telefonische consulten en daarnaast is er een website voor deze patiënten waar veel opdrachten en filmpjes op staan. Dat hele traject van circa 4 maanden hebben we samen doorlopen en ondertussen afgerond."

**Anne Snippe:** "Maar echt klaar is het nooit. Ik hoef geen gesprekken meer met Saskia, want in mijn leven heb ik er geen echte last meer van. Het is er nog wel. Ik zal het nooit kwijt raken, maar ik heb er nu geen last meer van. De therapie heeft me gedwongen om over mijn angsten te gaan praten. Daardoor heb ik mijn oude leven weer op kunnen pakken."

**Saskia Spillekom-van Koulik:** "Voor Anne was het in de therapie heel belangrijk om dat 'er niet over willen praten' te doorbreken. Daarnaast hebben we samen gewerkt aan het beheersbaar maken van de angst, omdat die de zin van het leven volledig overschaduwde. Angst is normaal en je mag je angstig voelen. Maar je moet er mee leren omgaan. Daar werken we aan. We hebben veel psycho-educatie toegepast, 'waarom voel je je, zoals je je voelt' en 'waarom is dat ook niet raar'. Op de website hebben we ook veel filmpjes van lotgenoten, die er over praten. Dat helpt ook."

**Anne Snippe:** "Je leert andere gedachtenpatronen en op een gegeven moment heb ik de knop om kunnen zetten en ben ik er weer voor gegaan."

**Saskia Spillekom-van Koulik:** "In het onderzoek dat nu loopt, blijken gelukkig haast alle patiënten, ook zij die worstelen met de lichamelijke gevolgen, veel baat te hebben bij de therapie. Het onderzoek loopt nog, maar mijn persoonlijke ervaring is dat deze mensen, die vaak niet snel elders aan de bel trekken, werkelijk baat hebben bij de therapie. Ik hoop dan ook dat het onderdeel gaat worden van de standaard zorg, waarmee we dan ook een deel van het stigma rond psychologische zorg weg kunnen nemen. Dit moet laagdrempelig worden aangeboden."

**Anne Snippe:** "Het levert kwaliteit van leven op. Je kunt het niet allemaal oplossen, maar wel leren hoe je er mee om moet gaan. Daar ben ik echt heel blij mee."

Als u zichzelf of een naaste in de genoemde klachten herkent en interesse in de CORRECT-studie heeft, aarzelt u dan niet om vrijblijvend contact met het onderzoeksteam op te nemen. Voor vragen en informatie kunt u terecht bij onderzoeker Sarah Döking via [correctstudie.mps@radboudumc.nl](mailto:correctstudie.mps@radboudumc.nl) of 024-3610048.

Saskia Spillekom-van Koulik: "Het er niet over willen praten, is doorbroken."



## Haiko Bloemendal nieuwe voorzitter Radboudumc Centrum voor Oncologie

Dr. Haiko Bloemendal treedt per 1 mei 2019 in dienst bij het Radboudumc als voorzitter van het Centrum voor Oncologie. Hij volgt daarmee prof. dr. ir. Koos van der Hoeven en prof. dr. Peter Mulders op, die deze rol sinds 2016 gezamenlijk invullen. Haiko Bloemendal zal een beperkt aantal uren per week actief blijven in de patiëntenzorg als medisch oncoloog. Daarnaast blijft hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) en bestuurslid van Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS). Haiko Bloemendal (1964) werkte tot 1 april 2019 als internist-oncoloog bij het Meander Medisch Centrum in

Amersfoort waar hij stafvoorzitter was en tot 1 november 2018 deels bij het UMC Utrecht voor wetenschappelijk onderzoek. Hij promoveerde daar op onderzoek naar de rol van humane monoklonale antilichamen bij de behandeling van kanker. Bloemendal was intensief betrokken bij het inrichten van het oncologische netwerk rondom het UMC Utrecht.

## Mooi resultaat voor het Radboud Oncologie Fonds in 2018

Het fondsenwerven heeft het afgelopen jaar weer meer aandacht gekregen binnen het Radboudumc. Ook het Radboud Oncologie Fonds, dat geld ophaalt voor kankeronderzoek. Mensen willen iets doen tegen kanker en komen vaak letterlijk in actie: ze fietsen, roeien of lopen hard en laten zich sponsoren, of worden ambassadeur of donateur. Het aantal donateurs groeit en dat leidde tot een groei van € 621.000 in 2017 naar € 725.000 in 2018.

Daarmee konden onderzoeken worden gefinancierd naar onder andere prostaat­kanker, sarcomen, speekselklierkanker en longkanker. Met een nieuwe senior fondsenwerver wil het Fonds doorgroeien. Voor meer geld, meer onderzoek, minder kanker en meer genezing! Kijk op [www.radboudoncologiefonds.nl](http://www.radboudoncologiefonds.nl).

## Tour de Bart



Hij finisht elke dag voor Froome. Dat is zeker. Eén dag voor het peloton uit fietst prof. dr. Bart Kiemeney, voorzitter van het Radboud Oncologie Fonds, namelijk alle etappes van de Tour de France 2019. Van Brussel naar Parijs, met een Tour-omweggetje van 3500 km via de Vogezen, Alpen & Pyreneeën. Waarom? Dat alles om aandacht te vragen en geld in te zamelen voor kankeronderzoek in het Radboudumc. Doneer ook. Ga naar: [www.tourdefrancevanbart.nl](http://www.tourdefrancevanbart.nl) en zorg dat hij minimaal € 50.000 bij elkaar fietst.

## Bewuster wensen en doelen bespreekbaar maken

Sinds september 2018 loopt binnen Radboudumc het project CONtext. Dit project richt zich op het verbeteren van gezamenlijke besluitvorming met betrekking tot een behandeling bij patiënten met kanker, voor wie geen in opzet curatieve behandeling meer bestaat. Focus ligt op het aandacht geven aan de waarden, doelen, wensen en leefsituatie ('contextinformatie') van de patiënt. Door in de spreekkamer deze context bewuster te inventariseren en registreren, verwacht men dat patiënten een meer weloverwogen keuze kunnen maken. Doel daarbij is minder spijt over de gemaakte keuzes en meer tevredenheid van de patiënten over de samen genomen besluiten. Het project omvat een training van betrokken medisch specialisten én verpleegkundigen, het inbouwen van een time-out waarin de patiënt tijd krijgt om na te denken en zaken met anderen te spreken én intensief contact met een (gespecialiseerd) verpleegkundige/casemanager. Daarnaast is er nauwe afstemming en betrokkenheid van de huisarts.

Het Radboudumc ontving voor CONtext een subsidie uit de Subsidieregeling Transparantie over de Kwaliteit van Zorg. Doel is verdere landelijke implementatie. Drie ziekenhuizen (Rijnstate, CWZ en Bernhoven) participeren inmiddels. Anderen, waaronder ook instellingen en verzekeraars, hebben hun steun toegezegd. Neem bij belangstelling contact op via: [Maartje.vanGeel@radboudumc.nl](mailto:Maartje.vanGeel@radboudumc.nl) of kijk op [quxx.nl/context](http://quxx.nl/context).

**Samen tegen kanker**

Centrum voor Oncologie  
**Radboudumc**