

# EXPLORARE

VIZIER OP WETENSCHAP - MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN

Jaargang 6 - nummer 1 - maart 2021

***Medicine Based Evidence: kijken  
of 'bewezen' behandelingen in de  
dagelijkse praktijk ook echt  
werken en doen wat ze beloven***

*pagina 8*

***'Voor sommigen begon er echt een nieuw leven, dat is toch  
prachtig?' - Pagina 20***

***Innoveren door Covid-19: "We zetten nu stappen die voorheen niet  
mogelijk leken, zoals patiëntenzorg op afstand." - Pagina 26***

**mcl**  
medisch centrum  
leeuwarden

# AFVALLEN

“Ondanks mijn wil een enorme uitdaging.”

## Ondersteun uw patiënten

**Saxenda®.** Een receptgeneesmiddel voor gewichtsverlies bij volwassenen met een BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> i.c.m. één of meer co-morbiditeiten of een BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.<sup>1</sup>

Uitsluitend geleverd via [www.thuisapotheek.nl](http://www.thuisapotheek.nl)



Wilt u meer weten?  
[www.saxenda-voor-arts.nl](http://www.saxenda-voor-arts.nl)

Gebruik de login code:  
Sax7261 óf scan de QR-code



**8,0%** Gemiddeld gewichtsverlies na 1 jaar bij volwassenen met een BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> en dyslipidemie en/of hypertensie of BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.<sup>\*2</sup>

**SCALE obesitas en prediabetes:** Een 56 weken durende placebo-gecontroleerde dubbelblinde studie (n=3731) naar de veiligheid en werkzaamheid van Saxenda® toegevoegd aan leefstijlinterventie in de vorm van een energiebeperkt dieet en lichaamsbeweging onder begeleiding.

\* Gewichtsverlies verschil vs. placebo: -5,4% (P<0,001)<sup>2</sup>

NL215X00003 Verkorte productinformatie en referentie zie elders in deze uitgave.



**Saxenda®**  
liraglutide injectie

## INHOUD

- 05 Nieuws & ontwikkelingen
- 07 Column: De kracht van evidence based medicine en medicine based evidence
- 08 MCL ambitieus in onderzoek
- 10 De zin van continue onderzoek blijven doen
- 12 Data delen, kennis vergroten en zorg beter maken
- 18 Onderzoek over de grenzen van het eigen vak heen
- 20 Van ernstig astma hobby tot een MCL 1-daags ernstig astma programma
- 26 MCL legt fundament voor innovatie
- 28 Meet de wetenschapscoördinator
- 34 Wetenschappelijke publicaties



08



10



20



26



28

## COLOFON

Explorare is een uitgave van het Medisch Centrum Leeuwarden vanuit de MCL Academie. Innovaties, kennisontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek worden in interviews, columns, onze cartoon en in andere contentsoorten belicht. Het MCL wil hiermee niet alleen intern en extern de deskundigheid in het ziekenhuis benadrukken, maar ook medewerkers inspireren actief bij te dragen aan lopend en nieuw onderzoek. Explorare komt twee keer per jaar uit.

### HOOFDREDACTIE

Nic Veeger  
Kim de Jong

### REDACTIECOÖRDINATIE

Leanne Wink-Miedema

### AAN DEZE BIJDRAGE WERKTEN MEE

Nic Veeger  
Kim de Jong  
Leanne Wink-Miedema

Gerard Akkerman  
Frits Mostert  
Jette de Vos  
Christiaan Boerma  
Mels Hoogendoorn  
Anneke ten Brinke  
Tina Faber  
Alies van der Wal  
Aniel van der Meer  
Kennis en Informatiecentrum

### FOTOGRAFIE

Afdeling Communicatie MCL

### UITGAVE

Multiplus B.V.  
Stationsweg 21, 9201 GG Drachten  
Tel.: 0512-204100  
[www.multiplusmedia.nl](http://www.multiplusmedia.nl)

### VORMGEVING

Maurice de Jong,  
Multiplus B.V.

*Wij horen graag wat u van deze uitgave vindt. Heeft u vragen of opmerkingen? Mail ons gerust via [Explorare@MCL.nl](mailto:Explorare@MCL.nl)*

### DISCLAIMER

Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. De redactie heeft bij de samenstelling van deze uitgave de grootst mogelijke zorgvuldigheid in acht genomen. Voor eventuele fouten kan de redactie noch Medisch Centrum Leeuwarden verantwoordelijk worden gesteld. Aan de inhoud van dit magazine kunnen geen rechten worden ontleend.

# 1-maal daags ENERZAIR® BREEZHALER® bij astma de sensor bevestigt \*1,2,3

**1-STE**  
GOEDGEKEURDE VASTE DOSIS-  
COMBINATIE LABA/LAMA/ICS  
MET SENSOR!



**Introductie kit  
aanvragen?**

Scan de QR-code of  
ga naar [bit.ly/3jeXiVu](https://bit.ly/3jeXiVu)



1020ENE91299

\* De sensor bevestigt dat de inhalator is gebruikt door middel van registratie en monitoring van de activeringen van de Breezhaler-inhalator. **1.** Enerzair Breezhaler is geregistreerd voor volwassen patiënten die niet voldoende onder controle zijn met een onderhoudscombinatie van een LABA/ICS (hoge dosis) en die één of meer astma-exacerbaties doormaakten in het voorgaande jaar (SmPC Enerzair Breezhaler). **2.** Enerzair Breezhaler SmPC, zie [www.novartis.nl/medicijnen](http://www.novartis.nl/medicijnen) voor de volledige en meest recente versie. **3.** Propeller Health®, QR\_Rationale for EU Classification-2017-B 2019-7-24 Update



# NIEUWS & ONTWIKKELINGEN

## WETENSCHAPSSYMPIOSIUM 2021

Corona maakt alles anders. Zo ook het wetenschapssymposium van het MCL. In tegenstelling tot wat u van ons gewend bent zal in 2021 het MCL wetenschapssymposium plaatsvinden in het najaar. De definitieve datum en de vorm zal voor de zomer gecommuniceerd worden via onder andere onze social media kanalen en de website. De vorm van het symposium zal afhankelijk zijn van de ontwikkelingen rondom de coronapandemie en de mogelijkheid om al dan niet rondom die periode weer fysiek bij elkaar te kunnen komen. Het alternatief is om in lijn met afgelopen jaar een digitaal symposium te organiseren.



# Hoe 'besmettelijke' verhalen gedrag beïnvloeden: VZVZ en LSP-toestemmingen

**V**erhalen en infectieziekten hebben veel gemeen: ze zijn besmettelijk, infecteren, gaan viraal en veroorzaken epidemieën. Toch is gebruik van verhalen van geleefde ervaringen van patiënten en zorgverleners om gedrag te beïnvloeden nog een zeldzaamheid. VZVZ, beheerorganisatie van het LSP (Landelijk Schakelpunt), wil nu met een herkenbaar verhaal, een ingewikkelde boodschap over brengen. De huisarts, doktersassistent of POH heeft weinig tijd, maar is er wel bij gebaat dat zoveel mogelijk patiënten, vooral mensen met een chronische aandoening, toestemming geven om medische gegevens uit te wisselen.

Zo'n 80 procent (CBS) van de volwassenen kent het LSP. Hoogopgeleiden en mensen met een Nederlandse achtergrond kennen het LSP vaker dan laagopgeleiden en mensen met een niet-Nederlandse achtergrond. VZVZ ging met deze doelgroep in gesprek. In de wachtkamer van twee huisartsenpraktijken in Amsterdam Zuid-Oost haalden zij verhalen op. In de taal en met de thema's van betrokken patiënten cocreëren zij nu een nieuw verhaal, dat voor zowel patiënten als huisartsen herkenbaar is. Hiermee wil VZVZ meer mensen vertellen over nut en noodzaak van het geven van toestemming voor het delen van hun medische gegevens in de keten.

Voor patiënten met een chronische aandoening is het belangrijk dat medische gegevens kunnen worden uitgewisseld via het LSP. De afgelopen jaren gaven veel mensen hun toestemming, toch bleef een belangrijke en vaak kwetsbare doelgroep achter. Het materiaal, waarmee huisartsen en apotheken hun patiënten moeten wijzen op het LSP, kenmerkt zich door formeel taalgebruik en is moeilijk te begrijpen voor laaggeletterden en mensen met een niet-Nederlandse achtergrond. Om de kloof te dichten startte VZVZ met het ophalen van verhalen.

Marco Stikkelorum, regioadviseur bij VZVZ, vertelt: "Gedragsverandering is een belangrijke trend in het zorglandschap. Burgers krijgen meer regie en verantwoordelijkheid over hun eigen gezondheid. Toestemming van de patiënt speelt een belangrijke rol. De meerwaarde hiervan moet meteen duidelijk zijn. Vaak bevindt zich in verstedelijkte gebieden een

Nee, ik praat nooit met iemand over ziek zijn. Nee, zeker niet met collega's op het werk, nooit! Als de dokter iets over mijn ziektes moet delen met anderen, weet ik het niet... Dan praat ik mijn vrouw. Ik praat alleen met mijn vrouw, zij is de enige die alles weet. We gaan wel naar de kerk een keer per week. Bidden en dan gaan we weer weg. Nee geen buurthuis geen contact met anderen. Ik praat nooit met mensen dat deed ik wel in Ghana maar niet hier... (Verhaal: Ik praat nooit met mensen)

doelgroep die we via onze traditionele methoden niet goed bereiken. Daarom startten we met een interventie die anders is dan de klassieke vorm van storytelling. In plaats van top-down verhalen vertellen draait deze methode om: luisteren, begrijpen, verbinden, cocreëren en doorvertellen.

Zo ontstaat een gezamenlijk nieuw verhaal. Waarmee we geleefde ervaringen in de woorden en met de thema's, belangrijk voor patiënten en huisartsen, koppelen aan het doel van VZVZ.

We luisteren naar ervaringsverhalen van onder meer huisartsen, doktersassistenten, POH-ers en patiënten. Die leggen we naast het 'officiële' verhaal van VZVZ. Uit die verhalen cocreëren we een nieuw verhaal om toestemming te krijgen. Deze narratieve methodiek is een belangrijk instrument om gedrag te beïnvloeden.

VZVZ verspreidt het nieuwe verhaal straks in officiële media en via hun eigen kanalen. Tegelijkertijd delen patiënten en zorgverleners het verhaal in hun eigen sociale netwerken. Dit verhaal wordt daar ook weer doorverteld en is zo op een positieve manier 'besmettelijk'. Dat gaat leiden tot bekendheid met, en vertrouwen in het LSP om toestemming voor gegevensuitwisseling te geven."

Ik weet echt niet meer waar en wanneer ik toestemming heb gegeven. Dat is al zo lang geleden, dat was toen dit soort dingen begonnen. Het was bij de huisarts, denk ik. Ik kreeg een papiertje en dat heb ik gelezen en toen heb ik gezegd: ja, dat is goed. Maar omdat ikzelf gelukkig weinig in ziekenhuizen kom ligt die informatie niet overal. (Verhaal: Zo lang geleden)

Meer weten over hoe VZVZ door co-creatie nieuwe verhalen maakt? Neem dan contact op met Marco Stikkelorum via [marco.stikkelorum@vzvz.nl](mailto:marco.stikkelorum@vzvz.nl)

**vZVZ**

# DE KRACHT VAN EVIDENCE BASED MEDICINE EN MEDICINE BASED EVIDENCE

Voor u ligt de nieuwe editie van Explorare. Hopelijk een klein lichtpuntje in nog steeds een heel bijzondere tijd. Maar eerst even terugkomen op de zomereditie van 2020. Fantastisch hoe u in grote getale de digitale editie van ons wetenschapssymposium hebt bezocht. Dank daarvoor. Het was een digitaal symposium met vijftien mooie presentaties waarmee we naast de hoge kwaliteit, ook de diversiteit van het wetenschappelijk onderzoek van het MCL in de etalage hebben kunnen zetten.

Ondertussen zijn we 6 maanden verder en volop in de tweede golf, maar ook met de eerste groep mensen die hun vaccinaties al hebben mogen ontvangen. Met rede schrijf ik al, binnen 1 jaar zijn er vaccines tegen dit nieuwe virus beschikbaar gekomen. Wat een prestatie! Hiermee is er zicht op het "oude normaal", met weer vrijheid in de fysieke ruimte. Hoe snel zullen we weer gewend zijn aan het oude normaal? Of zullen een aantal zaken blijven hangen. Misschien toch niet altijd meer zo dicht op elkaar? Maar ook thuiswerken met overleg op afstand, dat is niet meer weg te denken uit de nieuwe werkelijkheid. Inzoomen en uitzoomen heeft een andere betekenis gekregen. Maar ook het brede maatschappelijke besef hoe belangrijk goede zorg op basis van gedegen wetenschappelijk gezondheidsonderzoek is mag niet zomaar weer naar de achtergrond verdwijnen. Okay, er zijn nog steeds ook

mensen die niet willen of kunnen geloven dat we midden in de grootste gezondheidscrisis van de laatste 100 jaar zitten. Maar laten we ons focussen op de grote groep mensen die het gelukkig wel zo ziet.

Het gaat dan niet alleen om de "evidence based medicine" kant van het wetenschappelijk onderzoek – is een behandeling bewezen veilig en effectief - maar ook om het "medicine based evidence" onderzoek. Hoe gaat het nu in de dagelijkse praktijk, nadat nieuwe behandelingen zijn geïntroduceerd en breed worden toegepast. En waar de uitzonderingen soms de regel kunnen zijn. Juist in dit laatste type onderzoek kan en wil het MCL een belangrijk bijdrage leveren. In deze editie kunt u kennismaken met een aantal belangrijke spelers in "ons" onderzoeksveld met een duidelijke ambitie om hier mede vorm aan te gaan geven.

Heel veel leesplezier.

**NIC VEEGER**




# MCL AMBITIEUS IN ONDERZOEK

*Onderzoek is een belangrijke pijler onder het MCL als STZ-ziekenhuis. Er zijn doorlopend zo'n 35 promovendi actief in het ziekenhuis. Dit leidt jaarlijks tot tientallen publicaties, nationaal en internationaal. Iets om trots op te zijn, maar de ambities reiken verder. Zo zijn er drie specialisten ieder een dag vrij gespeeld voor meerjarig onderzoek. Dat onder het motto van 'medicine based evidence', kijken of 'bewezen' behandelingen in de dagelijkse praktijk ook echt werken en doen wat ze beloven.*

Christiaan Boerma, intensivist en decaan in het MCL, is er helder over. Academische ziekenhuizen richten zich op fundamenteel onderzoek. De eindeloze speurtocht naar nieuwe eiwitten en daarmee nieuwe behandelingen voor ingewikkelde ziekten. "Dat is waar zij goed in zijn. Wij willen graag onderzoeken of behandelingen ook echt onder alle omstandigheden werken. Niet alleen bij de mensen die in de grote trials zijn getest, maar bij iedereen voor wie de medicijnen zijn bedoeld."

## HIATEN IN ONDERZOEK

Want daar zit nog wel een hiaat, meent Christiaan. In veel trials bestaat de onderzoeksgroep uit mannen tussen de vijftig en zestig jaar. Vrouwen zitten daar lang niet altijd bij en ook geen tachtigplussers. "Wie zegt dan dat een bepaalde behandeling voor bloedarmoede voor iedereen even goed werkt. Dat is dus wat wij graag willen onderzoeken. Werkt het ook voor onze patiënten?"

Een belangrijke vraag is bijvoorbeeld hoe ver ga je met behandelingen bij kanker. Wat is het eindpunt? Ga je een tachtigjarige nog een heel zwaar chemomiddel geven, omdat dit leidt tot een zes weken langere levensverwachting. Of doe je dat niet. "Dat is wat we graag willen weten en onderzoeken. Werkt die chemo bij iedereen even goed en wil men het vervolgens ook."

## LANGJARIGE ONDERZOEKEN

"Daarom willen we patiënten ook vragen wat ze liever willen. Zijn die zes weken voor hen belangrijk. Hebben ze de bijwerkingen ervoor over, of zijn andere dingen in het leven voor hen belangrijk. Hier meer zicht op krijgen kan direct van invloed zijn op de behandeling die mensen krijgen of willen. En daarmee op hun kwaliteit van leven."

Volgens Nic Veeger, als klinisch epidemioloog verbonden aan de MCL-Academie, leent juist het MCL en de Friese bevolking zich heel goed voor dergelijke grote vaak langjarige onderzoeken. "Wij hebben een

groot ziekenhuis waar patiënten vaak hun hele leven komen. Daardoor kennen we ze goed en kunnen we ze in onderzoeken ook goed volgen."

## KWALITEIT VAN ZORG

Voor het brede onderzoek naar de werking van chemobehandeling bij ouderen met kanker dat vijf jaar duurt, probeert het MCL geld te krijgen. "Voorwaarde voor dergelijk 'Topzorg-onderzoek' waar ZonMW subsidies voor verstrekt, is dat er meerdere disciplines samenwerken en dat het overstijgend moet zijn. Zo gaat het bij dit onderzoek om longartsen, oncologen, gerieters, verpleegkundigen en de patiënten zelf die nauw samenwerken om de effecten van kankerbehandelingen beter in kaart te krijgen. Vaak met meerdere ziekenhuizen." Uiteindelijk moet het bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg voor iedereen.

*"We mogen best wat minder bescheiden en juist wat trotser zijn op wat we allemaal doen en dat ook meer naar buiten tonen"*

Er is altijd al veel aan onderzoek gedaan door het MCL, aldus Nic. Maar de echte lijn ontbrak. Het was een veelheid aan onderwerpen waar men zich mee bezighield, vaak vanuit persoonlijke belangstelling of een promotie. Nu is het MCL bezig om het onderzoek meer te stroomlijnen rond bepaalde hoofdlijnen. Dat vergroot je zichtbaarheid en maakt de kans groter om geld voor onderzoek binnen te halen. "Financiering blijft heel belangrijk. Zeker voor grote projecten is extra geld nodig."

## HARDE CONCURRENTIE

De concurrentie om subsidies is hard. Daarom blijft het belangrijk om veel te publiceren en zichtbaar te zijn. "We mogen best wat minder bescheiden en juist wat



Christiaan Boerma en Nic Veeger

trotser zijn op wat we allemaal doen en dat ook meer naar buiten tonen." Wat ook helpt is dat het huidige ziekenhuisbestuur echt wil investeren in het onderzoek. Zo worden de drie onderzoekslijnen waarvoor specialisten deels worden vrijgespeeld, gezamenlijk gefinancierd door het MCL en MSB-VCL. Het gaat om onderzoeken van internist-hematoloog Mels Hoogendoorn, longarts Anneke te Brinke en orthopedisch chirurg Wierd Zijlstra. Bij de toekenning van de onderzoeksposities is gekeken naar ervaren onderzoekers die inmiddels hun sporen hebben verdiend. De onderwerpen moeten MCL overstijgend zijn en aansluiten op het STZ-profiel van het ziekenhuis of een van de zes onderscheiden gebieden waarmee het MCL zich sterker wil profileren als topklinisch ziekenhuis. Nic: "Hierdoor wordt het MCL ook een interessante partner om onderzoek mee te doen."

## POTENTIE EN AMBITIE

Voorheen mocht het MCL vaak aanhaken bij andere ziekenhuizen of onderzoeksprojecten, waarbij de aandacht ook naar die ziekenhuizen ging. Nu - en in de toekomst nog veel meer - wil het MCL leidend zijn in bepaalde vormen van onderzoek. Dat gaat volgens de beide onderzoekers lukken als we er met z'n allen in willen en blijven investeren.

"De potentie is er en de ambitie", aldus Christiaan. Volgens hem is onderzoek ook vooral heel leuk. "Je krijgt de kans om samen te werken met andere experts en over de grenzen van je eigen discipline te kijken, zonder dat je het over jouw of mijn terrein hoeft te hebben. Samen werken aan betere zorg."

# DE ZIN VAN CONTINUE ONDERZOEK BLIJVEN DOEN

Goede zorg gaat hand in hand met kwalitatief goed wetenschappelijk onderzoek. In het MCL behoort onderzoek doen tot de kerntaken. Binnen de muren van het MCL vindt dan ook onderzoek plaats op een veelheid en verscheidenheid aan onderzoeksgebieden. Drie specialisten in het MCL zijn een ieder een dag vrij gespeeld voor meerjarig onderzoek. Dat onder het motto van 'medicine based evidence', kijken of 'bewezen' behandelingen in de dagelijkse praktijk ook echt werken en doen wat ze beloven. Het gaat om onderzoeken van internist-hematoloog Mels Hoogendoorn, longarts Anneke ten Brinke en orthopedisch chirurg Wierd Zijlstra. Aan het woord orthopedisch chirurg Wierd Zijlstra.

Ooit begon Wierd Zijlstra als bewegingswetenschapper, voordat hij geneeskunde ging studeren en orthopedisch chirurg werd. Affiniteit met onderzoek heeft hij altijd al gehad. Zo werkte Wierd gedurende zijn studie er als onderzoeker naast. In 2011 promoveerde Wierd op zijn onderzoek naar metaal-metaal heupprothesen die toen in opkomst waren. Wierd: 'Dit bleek uiteindelijk toch niet een ideale innovatie, ondanks dat er veel voorbereidend onderzoek was gedaan wereldwijd. Mede hierdoor heb ik een fellowship op het gebied van heup, knie en revisie kunnen doen in een gespecialiseerd ziekenhuis in Sydney. Sindsdien ben ik meer toegelegd op heup- en knieprothesiologie, revisie-chirurgie en later infecties.'

## LANDELIJKE REGISTRATIE ORTHOPEDISCHE IMPLANTATEN (LROI)

Sinds 2013 is Wierd betrokken bij de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI). Alle gewrichtsprothesen die in Nederland door orthopedisch chirurgen worden geïmplant, worden in het register opgenomen, samen met de operatietechnieken en diverse patientengegevens. Door onderzoek op basis van deze klinische praktijk data, kan de kwaliteit van zorg en van prothese operaties verbeterd worden. Wierd: 'Zo weten we nu onder andere welke legeringsmaterialen van bijvoorbeeld de kop en de kom van de heupprothesen leiden tot de beste levensduur van de prothesen. Maar ook hoe we de kans op uit de



Wierd Zijlstra

kom schieten van de prothesen kunnen verminderen en hoe we de kans op infectie en fractures kunnen laten afnemen.'

## EERSTE LROI-PROMOVENDUS

Daarnaast levert zo'n register continue feedback aan chirurgen doordat ze hun eigen kwaliteitcijfers kunnen vergelijken met de rest van Nederland. Ook de ervaringen van patiënten (patiënt reported outcomes measures, PROMs) komen in het register, en helpen om de uitkomsten van de operaties voor de patiënt te verbeteren. Wierd: 'In juni 2021 promoveert Rinne Peters, onze AIOS orthopedie, als eerste LROI-promovendus. Hij heeft laten zien welke patiënten het meest baat hebben bij gewrichtsvervangende operaties, en bij welke patiënten we juist beducht moeten zijn. Zo blijkt ernstig overgewicht (BMI>40) samen met de ASA-score de belangrijkste voorspeller voor een heroperatie. Het doel voor de toekomst is om ook data uit ons eigen elektronisch patientendossier EPIC te koppelen. Zo kunnen we op basis van onze eigen dossiervoering gegevens opbouwen en met statistische analyses, en bijvoorbeeld machine learning, hier voorspellende uitspraken over gaan doen. Zo kunnen we samen met de patiënt bespreken welke opties er zijn en nog betere behandelkeuzes maken. De voorbereidingen zijn hiervoor in gang gezet.'

## DE ZIN VAN ONDERZOEK DOEN

Het blijven doen van onderzoek naar heup- en knieprothesiologie leidt uiteindelijk tot een betere behandeling van complexere patiënten met bijvoorbeeld infecties van gewrichtsprothesen. Wierd:

'Onze orthopedische expertise in het behandelen van prothese-infecties werd vorig jaar beloond met topklinische erkenning. Deze staat en valt met goede data-registratie, innoveren, publiceren, maar bovenal een goede samenwerking met onze infectiologen en medisch microbiologen binnen de regio, het zogenaamde NINJA-netwerk (Northern Infection Network for Joint Arthroplasty). De volgende stap is het automatisch koppelen van EPIC-data aan gezamenlijke onderzoeksdatabases zoals RedCap.' 'Patiënten waarderen het erg dat je bezig bent met innovatie en dat je probeert te werken aan betere behandeluitkomsten. De zorg en aandacht die daar naartoe gaat heeft een positief effect op de medische behandeling en het resultaat. Kortom, het doen van onderzoek is een win-win situatie voor zowel de patiënt als het ziekenhuis'

**Naam:** Wierd Zijlstra

**Leeftijd:** 48

**Functie:** Orthopedisch chirurg

**Werkt bij MCL sinds:** 2011

**Hobby's/vrije tijd/ een interessant weetje over mij is:** betrokken, zorgvuldig, zoeken naar nuance  
Hobby's: padel, zeilen, lekker eten en verre reizen maken.

**Onderzoek doen is leuk omdat:** het mijn nieuwsgierigheid prikkelt en onlosmakelijk is verbonden met een leven lang leren en het opleiden van toekomstige jonge collega's

# DATA DELEN, KENNIS VERGROTEN EN ZORG BETER MAKEN

*Een datamanagementsysteem dat we geheel naar eigen inzicht kunnen inrichten, dat is REDCap. Een systeem dat we naar de behoeftes van het ziekenhuis én, misschien nog wel belangrijker, die van de onderzoeker kunnen aanpassen. In het Medisch Centrum Leeuwarden wordt REDCap momenteel in een pilot-setting gebruikt. Met als uiteindelijke doel: onze zorg nog beter maken. Maar hoe gaat REDCap daaraan bijdragen? Gebruiker van het systeem Floor Reimann aan het woord.*

Voorheen werden in het MCL door de vakgroepen verschillende databasesystemen gebruikt, omdat er geen gemeenschappelijke MCL systeem was. Data kon niet makkelijk met elkaar gedeeld worden, waardoor data en dus ook kennis elkaar niet kan versterken. Floor: 'REDCap kunnen we geheel naar onze eigen inzichten inrichten. Zo kan bijvoorbeeld het systeem zo ingericht worden dat je eenmalig een vragenlijst verstuurd of jarenlang data gaat verzamelen. Daarnaast is het een database waar elke vakgroep mee kan werken. Een groot pluspunt.' REDCap is een non-profit systeem, ontwikkeld aan een Amerikaanse universiteit. Het systeem wordt wereldwijd gebruikt door diverse academische ziekenhuizen. Floor: 'Een groot voordeel van REDCap is dat veel organisaties dit systeem gebruiken, waardoor we makkelijker data kunnen uitwisselen. Gebruikers in Nederland zijn onder andere het UMCG in Groningen en de VU in Amsterdam.' Doordat er nu gekozen is voor 1 MCL breed systeem is ook de dataveiligheid (data opslag binnen het MCL netwerk) voor alle onderzoekers geborgd.

## ZORG BETER MAKEN

Een ander groot voordeel van REDCap is dat wanneer een onderzoek opgezet wordt met meerdere centra, het systeem zo ingeregeld kan worden dat er bepaald kan worden wie welke informatie inzichtelijk heeft. Floor: 'Momenteel zijn we vanuit de vakgroep reumatologie in het MCL bezig met het opzetten van een multicenter onderzoek voor reumapatiënten die onvoldoende baat hebben bij hun eerste medicatie. We verdelen deze patiënten in twee groepen. Het systeem doet voor ons

de randomisatie die hiervoor nodig is. Hierna mag de ene groep patiënten zelf kiezen tussen twee behandelingen met zowel een andere manier van toediening, een andere werkingsmechanisme als andere potentiële bijwerkingen. De andere groep patiënten wordt gerandomiseerd voor dezelfde twee behandelingen. We willen meten wat zelf mogen kiezen doet met de patiënttevredenheid en/of welke behandeling vaker wordt gekozen. We kijken vervolgens naar wat voor soort patiënten kiezen voor welke behandeling en wat doet zo'n keuze mogelijkheid met de patiënt? We gaan met zes tot acht Nederlandse ziekenhuizen samenwerken aan dit onderzoek. Deze andere ziekenhuizen kunnen dan voor dit onderzoek ook gebruik maken van Redcap, de anonieme patiënten data van andere ziekenhuizen wordt dan meteen opgeslagen in het MCL. Dat scheelt ons veel administratiewerk. REDCap is daarbij een handig hulpmiddel!

## MCL-BREED UITROLLEN

Ook zijn er een aantal andere onderzoeken waar het MCL REDCap voor gaat inzetten. Floor: 'Zo gaat de SEH een aantal onderzoeken opzetten met REDCap, zij hebben hier al goede ervaringen mee vanuit het UMCG. En wij willen REDCap ook gebruiken voor het onderzoek met de handscan die we inzetten bij reumapatiënten. Het systeem geeft ons veel handvaten waarmee we zelf snel én makkelijk data kunnen verzamelen en analyseren. Ook over hoe we het systeem willen inrichten. Ikzelf ben nagenoeg digibeet, maar kan ook met REDCap uit de voeten.' REDCap wordt momenteel



Floor Reimann

in het MCL nog gebruikt in de pilot-fase. Het zal in de komende weken klaargezet worden voor gebruik in de praktijk. Momenteel test Floor met haar onderzoekscolllega's van de reumatologie een test-eCRF (electronic Case Report Form) met data van fictieve patiënten. Floor: 'Ik kijk of alle gegevens die ik invoer wel kloppend zijn en of je alle data binnenkrijgt die je nodig hebt. Op het moment dat we het systeem gefinaliseerd hebben gaan we kijken hoe we o.a. het verzenden van vragenlijsten kunnen inrichten. Zo

testen we het systeem uitvoerig voordat de MCL academie RedCap MCL-breed laat uitrollen.'

*Naam:* Floor Reimann  
*Functie:* Arts Onderzoeker  
*Werkt bij MCL sinds:* 2016



**SLIM**

gel-gemoduleerde afgifte

unieke kinetiek<sup>1,2</sup>



**RAAK**

94%

adequate pijnstilling in 94% van de doorbraakpijn-episodes<sup>4,5</sup>



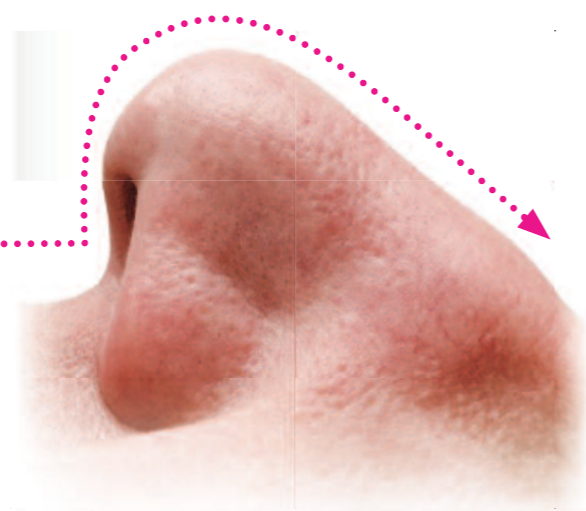
**KLAAR**

90%

houdt, na juiste titratie, 16 weken adequate pijnstilling zonder dosisverhoging<sup>4,5</sup>



**Directe pijnbestrijding bij kanker kon toch nog beter<sup>1-5</sup>**



Productinformatie en referenties zie elders in deze uitgave.

PecFent is geïndiceerd voor het onder controle houden van doorbraakpijn bij volwassenen die al een onderhoudstherapie met opioïden ondergaan voor chronische kankerpijn.

**Kyowa KIRIN**

KKI/NL/PEC/0026

**Fan binnenút**

wa soarget foar in feilich libben?



Elke maandag om 17.15 uur op TV

Een indringend beeld van Jeugd- en Gezinsbescherming, Jeugdreclassering en Veilig Thuis Friesland



Omrop Fryslân



92<sup>z</sup>

[Omropfryslan.nl/fanbinnenut](http://Omropfryslan.nl/fanbinnenut)



ACCOUNTANTSKANTOOR  
**PROPSTRA**

**Dé financiële coach voor de (para)medische sector en het MKB**

Succesvol ondernemen? Maak dan kennis met Accountantskantoor Propstra, een dynamische accountantsorganisatie uit Leeuwarden.

Onze ervaren accountants en adviseurs zijn al jaren een betrouwbare steunpilaar voor zowel de (para)medische sector als het MKB. Van accountancy en fiscale dienstverlening tot financiële planning en bedrijfsadvisering. Wij denken én doen graag actief met u mee! Samen met onze gemotiveerde medewerkers zorgen we voor rust, financieel overzicht en optimaal rendement.

Westersingel 42  
8913 CL Leeuwarden  
(058) 212 5476  
[info@propstra.nl](mailto:info@propstra.nl)



# AN ADVANCED WAY TO REDUCE FRACTURE RISK

**EVENITY®**  
(romosozumab) injection



**EVENITY® is indicated in treatment of severe osteoporosis in postmenopausal women at high risk of fracture<sup>1</sup>**



**Superior fracture risk reduction** when used for 12 months followed by alendronate vs alendronate alone in new vertebral, clinical and non-vertebral fractures, including hip<sup>1,2</sup>



**Rapid and superior improvement in BMD** vs alendronate<sup>1,2</sup> and teriparatide<sup>3</sup> in just 12 months



A novel bone forming agent with a **dual effect on bone**, increasing bone formation and decreasing bone resorption<sup>1</sup>

The most common adverse reactions are nasopharyngitis and arthralgia.<sup>1</sup>

EVENITY is contraindicated in patients with hypersensitivity, hypocalcaemia and history of myocardial infarction or stroke.<sup>1</sup>

**Please see abbreviated product information for additional safety information**

**Verkorte productinformatie Evenity®**

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. Zie "Bijwerkingen" voor het rapporteren van bijwerkingen. **Samenstelling:** oplossing voor injectie. Elke voorgevulde spuit of voorgevulde pen bevat 105 mg romosozumab in 1,17 ml oplossing (90 mg/ml). **Indicatie:** EVENITY is geïndiceerd voor de behandeling van ernstige osteoporose bij postmenopauzale vrouwen met een hoog risico op botbreuken. **Dosering en wijze van toediening:** De behandeling moet worden geïnitieerd door en onder toezicht staan van gespecialiseerde artsen met ervaring in de behandeling van osteoporose. De aanbevolen dosis is 210 mg romosozumab (toegediend als twee subcutane injecties van elk 105 mg) eenmaal per maand gedurende 12 maanden. Patiënten dienen vóór en tijdens de behandeling voldoende calcium- en vitamine D-supplementen te krijgen. Patiënten die met EVENITY worden behandeld, moeten de bijsluiter en de waarschuwingskaart voor patiënten krijgen. Na voltooiing van de behandeling met romosozumab wordt overgang naar een antiresorptieve therapie aanbevolen om het met romosozumab behaalde voordeel na 12 maanden te verlengen. Om de dosis van 210 mg toe te dienen, moeten 2 subcutane injecties van romosozumab in de buik, dij of bovenarm gegeven worden. De tweede injectie moet onmiddellijk na de eerste worden gezet maar op een andere injectieplaats. Het toedienen moet worden gedaan door iemand die getraind is in injectietechnieken. Voor instructies over het hanteren en verwijderen, zie rubriek 6.6 van de SKP. **Gemiste doses:** Als de dosis romosozumab wordt gemist, dien het dan toe zodra dit mogelijk is. Daarna moet de volgende dosis romosozumab niet eerder dan één maand na de laatste dosis worden gegeven. **Speciale populaties:** Er is geen dosisaanpassing noodzakelijk bij oudere patiënten. Er is geen dosisaanpassing vereist bij patiënten met nierinsufficiëntie. Serumcalcium moet worden gecontroleerd bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie of bij patiënten die dialyse ondergaan. Er is geen klinisch onderzoek uitgevoerd om het effect van leverinsufficiëntie te beoordelen. **Pediatrische patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van romosozumab bij pediatriche patiënten (< 18 jaar oud) zijn nog niet vastgesteld. Er zijn geen gegevens beschikbaar. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof(en) of voor een van de hulpstoffen, hypocalciëmie, voorgeschiedenis van myocardinfarct of beroerte. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Er geldt een contra-indicatie voor het gebruik van romosozumab bij patiënten die eerder een myocardinfarct of beroerte hebben gehad. Wanneer u bepaalt of romosozumab bij een individuele patiënt kan worden gebruikt, moet u rekening houden met het risico dat zij loopt op fracturen in het komende jaar en haar cardiovasculaire risico, op basis van risicofactoren. Als een patiënt een myocardinfarct of een beroerte krijgt tijdens de behandeling, moet de behandeling met romosozumab worden stopgezet. Hypocalciëmie van voorbijgaande aard is waargenomen bij patiënten die romosozumab ontvingen. Hypocalciëmie moet voorafgaand aan het starten van de behandeling met romosozumab worden gecorrigeerd en patiënten moeten worden gecontroleerd op tekenen en symptomen van hypocalciëmie. Als een patiënt vermoedelijke symptomen van hypocalciëmie vertoont tijdens de behandeling, moet het calciumgehalte worden gemeten. Patiënten dienen voldoende calcium- en vitamine D-supplementen te krijgen. Klinisch belangrijke overgevoeligheidsreacties, waaronder angio-oedeem, erythema multiforme en urticaria, deden zich voor in de romosozumab-groep in klinische studies. Als zich een anafylactische of andere klinisch belangrijke allergische reactie voordoet, dient een passende behandeling te worden ingesteld en het gebruik van romosozumab te worden stopgezet. Osteonecrose van de kaak (DNK) is zelden gemeld bij patiënten

die romosozumab ontvangen. Alle patiënten moeten worden aangemoedigd om goede mondhygiëne te handhaven, routine tandheelkundige controles te ondergaan en tijdens behandeling met romosozumab onmiddellijk orale symptomen te melden, zoals beweging van de tanden, pijn of zwelling of niet-genezen van zweertjes of afscheiding. Atypische breuken van de dijbeenschacht bij lage energie of laag trauma, die zich spontaan kunnen voordoen, zijn zelden gemeld bij patiënten die romosozumab ontvangen. Patiënten bij wie wordt vermoed dat ze DNK hebben of ontwikkelden terwijl ze romosozumab gebruikten, moeten zorg ontvangen van een tandarts of een mondchirurg met ervaring in DNK. Stoppen met de behandeling met romosozumab moet worden overwogen tot de aandoening verdwijnt en bijdragende risicofactoren waar mogelijk zijn verminderd. Dit middel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per dosis, dat wil zeggen dat het in wezen natriumvrij is. **Bijwerkingen:** De meest voorkomende bijwerkingen waren nasofaryngitis (13,6%) en artralgie (12,4%). Overgevoeligheidsgerelateerde reacties deden zich voor bij 6,7% van de met romosozumab behandelde patiënten. Zeer vaak (> 1/10) gemelde bijwerkingen bij de behandeling met romosozumab zijn: sinusitis, overgevoeligheid, huiduitslag, dermatitis, hoofdpijn, pijn in de nek, spierspasmen, reactie op de injectieplaats. Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. **Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren:** Bewaren in de koelkast (2°C - 8°C). Niet in de vriezer bewaren. De voorgevulde spuit of voorgevulde pen in de buitenverpakking bewaren ter bescherming tegen licht. **Verpakking:** Een wegwerpbare, voorgevulde, met de hand vastgehouden, mechanisch injectieapparaat met voorgevulde spuit voor eenmalig gebruik met 1,17 ml oplossing. Verpakkingsgrootte van 2 voorgevulde pennen. Multiverpakking met 6 (3 verpakkingen van 2) voorgevulde pennen. Een wegwerpbare voorgevulde spuit voor eenmalig gebruik met 1,17 ml oplossing. Verpakkingsgrootte van 2 voorgevulde spuiten. Multiverpakking met 6 (3 verpakkingen van 2) voorgevulde spuiten. **Afleverstatus: UR Vergoeding en prijs:** zie Z-index Datum: 12/2019. Raadpleeg voor meer informatie de 1B tekst UCB Pharma B.V. Hoge Masten 2 4822 NH Breda Tele: 076-5731140 Fax: 076-5875264

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. U kunt hieraan bijdragen door melding te maken van alle bijwerkingen. Meld van een bijwerking kan via e-mail naar [ds.nl@ucb.com](mailto:ds.nl@ucb.com) of u belt +31 (0)76 5731140 of +31(0)617520205 (alleen buiten kantooruren)

Bij vragen over geneesmiddelen van UCB, kunt u contact opnemen met UCB Cares  
UCBCares.NL@ucb.com  
800 3434335 (gratis vanuit Nederland)  
+31 (0)76 573 1130

**UCB Cares®**  
Providing Dedicated Patient Support

NL-P-RM-OP-2000008

Changing tomorrow



## Astellas streeft ernaar innovatieve wetenschap om te zetten in medische oplossingen die waardevol en hoopgevend zijn voor patiënten in de hele wereld.

Elke dag werken we eraan medische behoeften te vervullen, waarbij we ons specifiek richten op oncologie, urologie, anti-infectiva en transplantatie als belangrijkste behandelgebieden. Ondertussen maken we goede voortgang met nieuwe behandelgebieden en zetten we ons in voor nieuwe onderzoekstechnieken. Het vervullen van de behoeften van patiënten is onze missie en we zullen hen altijd blijven ondersteunen.

Met ons streven patiënten hoop op een betere toekomst te bieden willen we leidend zijn in de gebieden waarop wij therapeutisch deskundig zijn en ons richten op die gebieden waar nog medische behoeften bestaan. Dankzij innovatie blijven we nieuwe methoden zoeken en ontwikkelen om de gezondheid van patiënten te verbeteren.

**Astellas wil changing tomorrow werkelijkheid maken.**

[stellas.nl](http://stellas.nl)



NON\_2019\_0009\_NL



**References:** 1. EVENITY SmPC. Most recent version available online at <https://www.ema.europa.eu/en>. 2. Saag KG, et al. N Engl J Med 2017;377:1417-1427. 3. Langdahl BL, et al. Lancet; 2017;390:1585-1594. ©2020 UCB Group of Companies. All rights reserved. ©2020 Amgen Inc. All rights reserved. GL-P-RM-OP-1900042 Date of preparation: April 2020

# ONDERZOEK OVER DE GRENZEN VAN HET EIGEN VAK HEEN

*Wetenschap draait doorgaans om de vraag 'klopt dat wel'? Mels Hoogendoorn, internist-hematoloog brengt dat in de praktijk binnen zijn vakgebied, samen met een team deskundigen. Inzet: de effectiviteit en bruikbaarheid van (dure) oncologische medicijnen en behandelingen.*

Medicijnen worden getest met een RCT, Randomized Controlled Trial voor ze op de markt komen. Het gaat om dure medicijnen en dure onderzoeken. Deelnemers worden vaak streng geselecteerd om eventuele toxiciteit te voorkomen. Met andere woorden: het onderzoek vindt vaak plaats met relatief gezonde oncologische patiënten. Dus het is maar de vraag of de uitkomsten van die studies toepasbaar zijn op mijn patiëntenpopulatie, vaak tachtigplussers met comorbiditeit, die naar mijn spreekuur komt.'

## GEWELDIG ONDERZOEKSGBIED

'Friesland is een geweldig onderzoeksgebied,' vindt Hoogendoorn. 'Mensen zijn honkvast dus je kunt ze gedurende een reeks van jaren volgen. Er is veel vergrijzing en dus veel kanker. En sinds 2005 werken we met HemoBase, waarin we alle patiëntgegevens verzamelen en toegankelijk maken. Onze onderzoeksgegevens zijn goed te vertalen naar andere rurale gebieden, of het nou Oost-Groningen is of Schotland. Onze onderzoeksresultaten kun je internationaal goed wegzetten; het is een blauwdruk voor veel andere gebieden.'

## ZINVOL ONDERZOEK DOEN

Soms kan het zinvol zijn onderscheid te maken in behandeling. Bijvoorbeeld bij agressieve lymfeklierkanker. Daar is een gestandaardiseerde chemokuurbehandeling voor. Hoogendoorn: 'Bij 75-plussers is dat in kaart gebracht. Reageert die populatie even goed op de behandeling als jongere patiënten? Voor de 75-plussers konden we op basis van onze onderzoekslijn vaststellen dat je heel goed bij aanvang moet selecteren op geschiktheid voor deze chemotherapie. Voor vitale oudere patiënten is de behandeling geschikt en zijn de uitkomsten even goed

*Naam:* Mels Hoogendoorn  
*Leeftijd:* 55 jaar  
*Functie:* internist-hematoloog  
 Werkt bij MCL sinds 2004  
*Ik sta bekend om:* De combinatie van kritisch denken en enthousiasme.  
*Hobby's:* Naast schaatsen, bergen met skiën en wijn, is één van mijn hobby's vogels. Met de verrekijker het veld in. Bij het afscheid van medewerkers maak ik altijd een stukje waarbij een specifieke vogel de rode draad vormt.  
*Onderzoek doen is leuk omdat:* Je kunt helemaal begeistert raken dat je met onderzoek de diepte in gaat. Het is leuk werken met jonge mensen. Hoe kijken zij naar de data? Onderzoek geeft diepgang en variatie aan de dagelijkse praktijk en daagt uit tot creativiteit.

als de jongeren, maar voor minder vitale patiënten leidt deze behandeling alleen maar tot meer ellende. Dit onderzoek wordt vaak aangehaald in internationale richtlijnen.'

## TOPKLINISCHE ERKENNING

De hemato-oncologie in het MCL heeft een topklinische erkenning gekregen. Hoogendoorn: 'Die erkenning kregen we eigenlijk zonder problemen. De onderzoekslijn bij de hemato-oncologie in het MCL loopt al meer dan tien jaar. Veel onderzoek in academische centra is vaak fundamenteel en op detailniveau. Daar kunnen wij hier in het MCL nooit overheen. Waar we wel goed in zijn is de brede blik, het population-based, het vakoverstijgend onderzoek. Dat maakt het heel leuk!'



Mels Hoogendoorn

Hoogendoorn benadrukt dat de onderzoeken vanuit de hemato-oncologie tot stand komen door intensief teamwork. Certe (Huib Storm), Pathologie Friesland in de persoon van Robbie Kibbelaar, Nic Veeger, statisticus op de MCL Academie, alle Friese hematologen en Eric van Roon vanuit de ziekenhuisfarmacie. Van Roon, die ook hoogleraar is in Groningen, weet veel masterstudenten te binden aan de onderzoekslijn en hieruit rollen vaak de promovendi.

## MEER PROSPECTIEF ONDERZOEK DOEN

'Wat we nu doen is vaak retrospectief onderzoek met dataverrijking. We willen graag meer prospectief onderzoek doen, meer realtime monitoring. En dat uiteraard voor de hele provincie. Er is een zonMw

subsidieaanvraag gedaan voor oncogeriatrische zorgpaden hetgeen een veelbelovende richting kan zijn voor onze onderzoekslijn. We werken hierin samen met de geriatrie en de longoncologie. Echt over grenzen heen. Er is onderzoek gedaan naar het effect van vitamine D bij polyneuropathie. Dat onderzoek is uitgevoerd door Berdien Oortgiesen, promovendus en in opleiding tot ziekenhuisapotheker. SEH-arts Heleen Lameijer heeft haar het platform gegeven en het is in de Leeuwarder Courant gekomen. Om de cirkel rond te maken krijg ik er in de spreekkamer dan weer vragen over. Dat is zo mooi, die kruisbestuiving over je eigen vakgrenzen heen.'

# VAN ERNSTIG ASTMA HOBBY TOT EEN MCL 1-DAAGS ERNSTIG ASTMA PROGRAMMA

*Onderzoek doen is een belangrijke pijler onder het MCL als STZ-ziekenhuis. Zo zijn er doorlopend zo'n 35 promovendi actief in het ziekenhuis. Iets om trots op te zijn, maar de ambities reiken verder. Zo zijn er drie specialisten ieder een dag vrij gespeeld voor meerjarig onderzoek. Dat onder het motto van 'medicine based evidence', kijken of 'bewezen' behandelingen in de dagelijkse praktijk ook echt werken en doen wat ze beloven. Het gaat om onderzoeken van internist-hematoloog Mels Hoogendoorn, longarts Anneke ten Brinke en orthopedisch chirurg Wierd Zijlstra. Aan het woord longarts Anneke ten Brinke*

Na haar promotie in 2001 op het onderwerp ernstige astma begon longarts Anneke ten Brinke aan haar carrière in het MCL. Ernstig astma bleef haar interesse wekken, daarnaast bleef zij ook actief op wetenschappelijk gebied in samenwerking met collegae in het AMC. Anneke: 'Ernstig astma betreft gelukkig maar een klein deel van de hele astma populatie, maar het zijn wel patiënten met veel ellende, voor wie veel te winnen is in kwaliteit van leven en afname van zorgconsumptie.' De volgende jaren kreeg Anneke steeds meer second-opinion verzoeken voor patiënten met moeilijk behandelbaar astma. In 2013 leidde dit tot een speciaal MCL 1-daags ernstig astma programma.

## MCL 1-DAAGS ERNSTIG ASTMA PROGRAMMA

In het MCL 1-daags ernstig astma programma worden patiënten in een multidisciplinair team heel uitgebreid beoordeeld en getypeerd. Hierna kunnen de patiënten met een gedetailleerd besproken persoonlijk behandelplan terugverwezen worden naar de eigen longarts. Anneke: 'Dit programma is heel succesvol en uniek voor Nederland, en dat merken we ook door de verwijzingen vanuit het hele land. Vorige maand zelf nog iemand uit Zeeland.' Daarnaast wordt het programma ook in een aantal ernstig astma centra internationaal overgenomen. Ook op het gebied van nieuwe behandelingen voor ernstig astma lopen we in het MCL voorop.

## STZ-REGISTER

Zo heeft het MCL ernstig astma kenniscentrum in de afgelopen jaren zijn plaats als bovenregionale verwijscentrum verworven, staat het als MCL topklinische functie in het STZ-register en heeft het een nationaal erkende voortrekkersrol op het gebied van optimale zorg voor patiënten met moeilijk behandelbaar en ernstig astma. Anneke: 'Vanaf het begin hebben we de koppeling gemaakt met wetenschappelijk projecten. We streven voorop te

blijven lopen met onderzoek en nieuwe ontwikkelingen die gericht zijn op het welzijn van deze patiëntengroep.'

## MEDICINE-BASED EVIDENCE

Vanuit de zorg voor deze patiënten komen vraagstellingen voort met relevantie voor de dagelijkse praktijk. Het ernstig astma onderzoek heeft dan ook een duidelijke binding met het MCL-onderzoeksthema 'Medicine-based evidence', onder andere door gebruik te maken van de grote hoeveelheid data die we in het MCL structureel verzamelen als onderdeel van het klinische proces betreffende de zorg voor ernstig astmapatiënten. Anneke: 'Het ernstig astma onderzoek waar ik leiding aan geef richt zich vooral op de het gebied van fenotypering, pathofysiologische mechanismen, monitoring en therapeutische benaderingen van ernstig astma. Alles heel klinisch gericht, ik heb geen verstand van basaal lab-onderzoek. En ook vaker in samenwerking met andere disciplines en MCL afdelingen, we versterken elkaar daarin prachtig.'

## MEERDERE ONDERZOEKEN

Op dit moment lopen er op astma gebied heel veel diverse onderzoeken in het MCL. Bijvoorbeeld naar de relatie met voeding en vetvrije massa, naar het terugdringen van prednisolon gebruik, naar voorspellers van response en de mogelijkheden van targeted drug monitoring bij de dure biologicals, naar effecten in de kleinste luchtwegen en naar voorspellers van het ontstaan van astma op volwassen leeftijd. Anneke: 'Heel leuk vind ik een momenteel lopend Europees onderzoek dat vanuit de patiënten is ontstaan, waarin ernstig astma patiënten wordt gevraagd aan te geven wat hen het meest hindert aan hun astma. Vervolgens moet hun eigen longarts aangeven wat die denkt dat zijn of haar patiënt het meest dwars zit. Ik kijk nu al uit naar de resultaten, we kijken als dokters zo gemakkelijk vanuit ons eigen perspectief en geven vaak veel te weinig ruimte aan de



Anneke ten Brinke

patiënt. Dit gebied van patiënt empowering wil ik graag verder helpen ontwikkelen.'

Onderzoek doen draagt bij aan goede zorg. Anneke heeft al twee afgeronde proefschriften begeleid en is co-promotor van zes onderzoekers, waarvan er vijf in het MCL werken. Anneke: 'Deze promotietrajecten hebben al veel prachtige publicaties opgeleverd, in peer-reviewed tijdschriften van hoge kwaliteit. De fellows mogen daar trots op zijn en ik ben dat ook op hen.' Deze wetenschappelijke output draagt echt bij aan het welzijn van individuele astmapatiënten maar ook aan de ontwikkeling van de optimale zorg voor deze patiëntengroep. De verworven inzichten worden gedeeld met collegae regionaal, nationaal en internationaal (o.a. second opinions, presentaties, publicaties, richtlijnen).

## SAMEN STERK

Anneke begon een tijd terug alleen met haar ernstig astma hobby. Ondertussen staat er een heel team. Een geweldig team dat niet alleen zorgt voor de beste zorg voor onze patiënten, maar wat ook een belangrijke bijdrage levert aan wetenschappelijke projecten. Anneke: 'Ik ben daarnaast ook superblij met Akke-Nynke van der Meer als collega longarts met ernstig astma als

**Naam:** Anneke ten Brinke  
**Leeftijd:** 55

**Functie:** Longarts

**Werkt bij MCL sinds:** 2001

**Ik sta bekend om:** Mijn plezier in coachen en mijn analytisch denken  
**Hobby's/vrije tijd:** Lezen, wandelen, 4WD off-road trips

**Onderzoek doen is leuk omdat:** het teamwork is en het houdt je denken scherp

aandachtsgebied. Over afzienbare tijd zal ze haar eigen proefschrift afronden, maar zij zal daarna vast niet ophouden met de wetenschap. En dat maakt onderzoek doen zo leuk, samen vanuit de patiëntenzorg vragen formuleren en die dan uitzoeken. Daarnaast krijg ik ontzettend veel energie wanneer we een patiënt succesvol kunnen helpen. Voor sommigen begon er echt een nieuw leven, dat is toch prachtig?'

Geschikt voor langdurig gebruik<sup>1</sup>



**Droge ogen rondom beschermd**

- Zonder conserveermiddelen
- Hyaluronzuur én carbomeer
- Volledige vergoeding



**Vraag nu een oogmodel aan!**

Ja, ik ontvang graag een oogmodel:

Organisatie \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode plaats \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

BIG-nummer \_\_\_\_\_



(formaat ± 10 x 10 cm)

U kunt het ingevulde formulier fotograferen of scannen en mailen naar [info@tramedico.nl](mailto:info@tramedico.nl)

Voor inlichtingen en correspondentie in Nederland:  
Tramedico B.V., Korte Muiderweg 2,  
1382 LR Weesp, Tel.: 088 - 4 222 000  
[www.tramedico.nl](http://www.tramedico.nl)  
[info@tramedico.nl](mailto:info@tramedico.nl)

<sup>1</sup> SmPC Hylan; jan 2019



2020-HYL-012



In onze strijd tegen darmkanker hebben we samen al veel bereikt!

Tot aan 26%\* van de laesies wordt nog steeds gemist bij de reguliere onderzoeken. Daarom is de toewijding van Pentax Medical bij het ontwikkelen van nieuwe oplossingen voor uw dagelijkse uitdagingen bij de colonoscopie onderzoeken maximaal.



Met gepaste trots presenteert **PENTAX Medical** u hierbij onze nieuwste innovatie op het gebied van laesie detectie: de **Discovery AI™**.

\* According to studies miss rates for polyps of any size are approximately 22–26%, and an AMR (adenoma miss rate) of 27% for serrated polyps. Missed lesions may have the possibility to develop into cancer.

**PENTAX Nederland b.v.** – Edisonring 4 – 6669 NB Dodewaard – **T** 088 530 30 30

# 'Wij zijn er om mensen te helpen'



De een is al jarenlang vertrouwensarts bij Veilig Thuis Friesland, de ander is net begonnen. We hebben het over Jenny de Leeuw en Michiel Burger, die met veel inzet en compassie, samen met een groot team van deskundigen bij Veilig Thuis, worden ingezet wanneer de veiligheid van kinderen, maar ook volwassenen en ouderen in het geding is.

Beiden benadrukken dat ze als vertrouwensarts zo laagdrempelig mogelijk willen functioneren. "We willen voor iedereen die betrokken is bij zorg voor mensen bereikbaar zijn en staan altijd open voor overleg, ook bij twijfel." Door te streven naar een optimale samenwerking kan er snel geschakeld worden en dat is volgens Jenny en Michiel in het belang van alle partijen.

"Huiselijk geweld is een breed begrip", zegt Jenny, "en het kan zich op vele manieren voordoen. We hebben het vaak over lichamelijk letsel, maar ook als je getuige bent van huiselijk geweld kan er schade ontstaan. Huiselijk geweld en kindermishandeling kunnen gevolgen op latere leeftijd hebben, daar wordt steeds meer over bekend."

## Onderzoek

Wanneer er een melding van huiselijk geweld of mishandeling binnenkomt, doet Veilig Thuis een veiligheidsbeoordeling, de vertrouwensartsen worden bij medische vraagstukken geconsulteerd. Ze ondersteunen de medewerkers in het onderzoek en zijn actief als het gaat om medische vraagstukken. Michiel:

"Als Veilig Thuis kijken wij wat er aan de hand is en proberen we vervolgens te zorgen dat ondersteuning en hulp wordt geregeld. De meeste mensen reageren daar positief op, ze zijn blij dat ze advies krijgen en geholpen worden."

"Maar, er is ook weerstand", vult Jenny aan.

"Daarom is het belangrijk dat we goed uitleggen wat onze rol is en wat we komen doen. En dat we samen naar een oplossing willen zoeken. Daarin spelen de medewerkers van Veilig Thuis een belangrijke rol. Zij dragen in belangrijke mate bij aan een oplossing. Het gaat er altijd om dat je het visieverschil ten aanzien van de situatie tussen betrokkenen en Veilig Thuis, probeert te overbruggen, met als doel dat iedereen in een veilige omgeving verder kan. In twee derde van de gevallen slagen we daar in."

## Brede blik

Michiel ziet de rol van een vertrouwensarts als heel divers. "Soms worden we benaderd door een collega die iets meldt en overleg wil, bijvoorbeeld bij lichamelijk (medisch) letsel. Juist omdat we

laagdrempelig zijn en als collega-arts kunnen overleggen, wordt dit als prettig ervaren. Wij beschikken over een brede blik. We geven advies en soms adviseren we de collega een melding bij Veilig Thuis te doen. Een volgende keer worden we later ingeschakeld en hebben andere betrokken partijen eerst onderzoek gedaan. Doet zich tijdens het onderzoek van Veilig Thuis een medische vraag voor, dan komt men sowieso bij ons, als vertrouwensartsen, terecht. En in bepaalde gevallen praten we altijd mee, bijvoorbeeld bij fysiek letsel. Past dat bij wat er verteld wordt over het ontstaan van het letsel bij het beeld van het letsel."

Jenny: "Veilig Thuis maakt deel uit van het samenwerkingsverband MDA++, een multidisciplinair team, dat is gericht op intensieve inzet van hulp en integrale aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling, met als doel de vicieuze cirkel van geweld te doorbreken. Binnen het MDA++ team is ook MCL vertegenwoordigd. Het overleg vindt plaats binnen het netwerk van Veilig Thuis, daarom hebben we die samenwerking nodig. Dat is prettig en verloopt goed." Michiel kan dat onderschrijven, want hij heeft die samenwerking van twee kanten meegemaakt, voorheen vanuit het MCL als kinderarts en nu als vertrouwensarts. "Huiselijk geweld kan heftig zijn en vaak moeten dan een aantal dingen tegelijk gebeuren. Door een goede samenwerking kunnen we sneller schakelen, daarvoor is het van belang dat je elkaar kent en elkaar weet te vinden."

## Samenwerken

"Zo zijn de verschillende betrokken partijen complementair aan elkaar", vult Jenny aan. "En dat is belangrijk, zo blijkt regelmatig. Wij hadden laatst een kind dat achter bleef in de groei, waarbij een vermoeden was van seksueel geweld. Als ziekenhuis kom je daar niet altijd achter en dan komt de vertrouwensarts in beeld. Wij gingen verder kijken en twijfelden aan het verstandelijke niveau van de ouders. Dat bleek ook na onderzoek en dat maakte het lastig om goed aan te sluiten bij de ouders. We keken vervolgens naar de veiligheid thuis en besloten toen om het kind tijdelijk uit huis te plaatsen. De kinderarts was blij met onze interventie, het kind groeide en ontwikkelde zich beter en inmiddels woont het kind weer thuis en wordt het gezin begeleid. Een voorbeeld waarin

verschillende partijen goed samenwerkten en we daardoor snel tot interventie konden overgaan." Een ander mooi voorbeeld van samenwerking is het POPP-team. Dit team van onder andere gynaecologen en psychiaters geeft hulp en advies bij complexe zwangerschappen (bijvoorbeeld psychiatrische problemen en/of verslaving). Doel van het team is zwangeren helpen met 1 plan. Veilig Thuis trekt regelmatig gezamenlijk op bij zwangeren waar zorgen zijn om de veiligheid van het ongeboren kind of bij de geboorte. Veilig Thuis staat voor de veiligheid in de leeftijdscategorie -9 maanden tot 100 jaar.

## Dankbaar werk

Om alle werkzaamheden zo goed mogelijk uit te kunnen voeren, zijn meer vertrouwensartsen welkom. Michiel: "Als je als arts een brede interesse hebt, dan is dit mooi en dankbaar werk om te doen. Dus neem contact op, kom praten en loop een keer mee. Je kunt een bijdrage leveren om cirkels te doorbreken. Als kinderarts in het ziekenhuis kwam ik kinderen tegen die qua gezondheid maar niet vooruit gingen. Dan zijn er vaak andere oorzaken, die je als vertrouwensarts tegenkomt en waarbij je kunt bijdragen aan een oplossing. Trajecten worden daardoor minder lang en dat is voor iedereen prettig."

Jenny kan dat beamen. "Wij steken in op veiligheid en als vertrouwensarts onderzoeken we wat er nodig is om die veiligheid te borgen. Daar is behoefte aan en dat is prachtig om daar een bijdrage aan te kunnen leveren."

Veilig Thuis Friesland 19, 26 april en 3 mei om 17.15 uur te zien op Omrop Fryslân in de serie **Fan binnenút**, wa soarget foar in feilich libben' (herhalend ieder half uur).



Friesland  
www.veiligthuisfriesland.nl

RANGE ROVER EVOQUE PLUG-IN HYBRID

## LEAD THE CHARGE



ABOVE & BEYOND



## INFORMEER VOOR EEN PROEFRIT

### De Reefhorst

Hasker Utgongen 12, 8465 SJ Oudehaske, 0513 41 3020, dereefhorst-landrover.nl

Gecombineerd verbruik: 1,9 l/100 km, resp. 52,6 km/l, CO<sub>2</sub>-uitstoot resp. 43 g/km. Consumentenprijs vanaf € 54.650 incl. BTW, BPM, registratiekosten, recyclingbijdrage en kosten rijklaar maken. Leaseprijs vanaf € 795 p.m. excl. BTW (bron: Land Rover Fleet & Business Leasing, full operational lease, 60 mnd., 20.000 km/jr.). Wijzigingen voorbehouden.

### Repatha® - evolocumab - verkorte productinformatie.

**Samenstelling:** Elke voorgevulde pen bevat 140 mg evolocumab in 1 ml oplossing. **Afleveringsvorm:** Verpakkingsgrootten met één of twee voorgevulde pennen. **Farmacotherapeutische groep:** overige antilipaeemica. ATC-code: C10AX13. **Indicaties:** Hypercholesterolemie en gemengde dyslipidemie; Repatha is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen met primaire hypercholesterolemie (heterozygoot familiäre en niet-familiäre) of gemengde dyslipidemie als toevoeging aan een dieet: in combinatie met een statine of een statine met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die hun LDL-C-doel niet bereiken met een maximaal verdraagbare dosis van een statine, of alleen of in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die statines niet verdragen of bij wie een statine is gecontra-indiceerd. **Homozygote familiäre hypercholesterolemie:** Repatha is geïndiceerd voor gebruik in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij volwassenen en jongeren van 12 jaar en ouder met homozygote familiäre hypercholesterolemie. **Vastgestelde atherosclerotische cardiovasculaire ziekte:** Repatha is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen met vastgestelde atherosclerotische cardiovasculaire aandoeningen (myocardinfarct, beroerte of perifere arterieel vaatlijden) om het cardiovasculaire risico te verminderen door LDL-C-spiegels te verlagen, als aanvulling op de correctie van andere risicofactoren: in combinatie met de maximaal getolereerde dosis van een statine met of zonder andere lipidenverlagende behandelingen of, alleen of in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die statines niet verdragen of bij wie een statine is gecontra-indiceerd. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** **Leverfunctiestoornis:** Bij patiënten met een matig ernstige leverfunctiestoornis, werd een vermindering van de totale blootstelling van evolocumab opgemerkt die zou kunnen leiden tot een verminderd effect op de LDL-C-verlaging. Daarom kan bij deze patiënten een nauwkeurige controle noodzakelijk zijn. Patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis (Child-Pugh-klasse C) zijn niet onderzocht. Repatha moet met voorzichtigheid worden toegepast bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis. **Overige:** De naaldbeschermers van de glazen voorgevulde pen is gemaakt van droog natuurlijk rubber (een derivaat van latex), dat allergische reacties kan veroorzaken. **Bijwerkingen:** Vaak: influenza, nasofaryngitis, infectie van de bovenste luchtwegen, overgevoeligheid, huiduitslag, misselijkheid, rugpijn, artralgie, reacties op de plaats van injectie. Soms: urticaria, griepachtige symptomen. **Aflevering en vergoeding:** U.R. Repatha wordt volledig vergoed. Voor prijzen zie Z-index. Gebaseerd op SmPC oktober 2020. Amgen B.V. Minervum 7061, 4817 ZK te Breda, tel. 076-5732500.

Zie voor meer informatie de geregistreerde productinformatie. Deze productinformatie wordt regelmatig aangepast. Voor de meest recente versie van de productinformatie verwijzen wij u daarom naar de website van de European Medicines Agency (EMA) [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu).

**Referenties:** 1. Sabatine MS, et al. New Eng J Med 2017;376:1713-1722. 2. SmPC Repatha® oktober 2020. 3. Leucker TM, et al. Circulation. 2020;142:419-421.

AMGEN  
Cardiovascular

Repatha®  
(evolocumab)

### Verkorte SmPC Hylan 0,15/0,15 mg/ml, oogdruppels, oplossing (4 april 2018)

**Hylan 0,15/0,15 mg/ml, oogdruppels, oplossing. Samenstelling:** Eén ml oplossing bevat 0,15 mg natriumhyaluronaat en 0,15 mg carbomeer 981. **Indicaties:** - ter bescherming en symptomatische behandeling van uitdrogingsverschijnselen van de ogen veroorzaakt door (dreigende) keratoconjunctivitis sicca (droge ogen syndroom), in het kader van het syndroom van Sjögren. - bij (dreigende) uitdroging van het hoornvlies door (traumatische) beschadiging van de oogleden of perifere zenuwverlammingen ten gevolge waarvan het oog niet gesloten kan worden. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Als de irritatie van het droge oog aanhoudt of verergert, dient de behandeling te worden gestaakt en moet een arts of oogarts worden geraadpleegd. Als naast Hylan nog andere oogdruppels worden gebruikt, is het raadzaam om Hylan ongeveer 15 minuten daarna in te druppelen, om beïnvloeding van het effect van deze andere oogdruppels te voorkomen. Hylan is verenigbaar met het dragen van contactlenzen. **Bijwerkingen:** de volgende bijwerkingen zijn gemeld bij Hylan oogdruppels: **Oogaandoeningen** Vaak (≥1/100, <1/10): lokale brandende pijn aan de ogen, wazig zien. **Registratiehouder:** Pharma Stulln GmbH, Werksstrasse 3, 92551 Stulln, Duitsland. **Afleveringsstatus:** UR. **Volledig vergoed.** **RVG-nummer:** RVG 115288. **Datum laatste herziening:** 4 januari 2019.

### Voor inlichtingen en correspondentie

#### in Nederland:

Tramedico B.V., Korte Muiderweg 2,  
1382 LR Weesp, Tel.: 088 - 4 222 000  
[www.tramedico.nl](http://www.tramedico.nl)  
[info@tramedico.nl](mailto:info@tramedico.nl)



# MCL LEGT FUNDAMENT VOOR INNOVATIE

*Innovatie in het MCL zit in de lift. Volgens innovatiecoördinator en kinderarts Tina Faber zijn er de afgelopen twee jaar belangrijke stappen gezet, alleen is innovatie nog teveel afhankelijk van individuen met een goed idee. "Wij willen dat mensen organisatiebreed met innovatie bezig zijn en dat het een onderdeel vormt van onze dagelijkse praktijk. Daarbij zijn we niet alleen op zoek naar het goede idee, maar juist ook naar problemen waar we goede innovatieve oplossingen voor kunnen bedenken."*

Innovatie begint volgens Tina Faber vaak met een probleem. "Neem een infuuspaal die stroef loopt. Wat kunnen we bedenken om deze soepeler te laten lopen zodat de patiënt zich makkelijker kan bewegen. Als je op deze manier met innovatie bezig bent, denkend vanuit problemen die je kunt oplossen, dan sluit je direct aan bij waar medewerkers of patiënten behoefte aan hebben."

## SLIMME BOTBOOR

Bij innovatie denken we al snel aan technische oplossingen of fraaie eindproducten. Een goed voorbeeld hiervan is de slimme botboor, een project van de orthopeden in het MCL. Zij hebben een boor ontwikkeld die automatisch de juiste schroeflengte meet bij botbreuken. In vergelijking met handmatige metingen vermindert dit operatietijd en implantaataval en verkleint de kans op complicaties voor de patiënt. Een mooie innovatie aldus Faber, maar het is belangrijk dat mensen zich niet laten afschrikken. Innovatie gaat ook over de organisatie zelf, de zorgprocessen of de opleidingen. Daar vernieuwen is volgens haar net zo belangrijk als technische uitvindingen.

## IN ROL PATIËNT KRUIPEN

Zo zijn ze op de kinderafdeling een project gestart om artsen in opleiding een nacht als patiënt te laten doorbrengen op de afdeling om te ervaren hoe het is als je daar ligt. Je bent je privacy kwijt en wat doet dat met je? Hoe wordt er tijdens visites over jou als patiënt gesproken? Daar kunnen volgens Tina Faber aankomend artsen veel van leren.

Soms levert het ook verrassend eenvoudige inzichten op. "We realiseerden ons hoe hinderlijk de monitor alarmen zijn in de nacht. De verstoorde nachtrust van ouder en kind is niet goed voor het herstel. Waarom moeten al die alarmsignalen afgaan bij de patiënt? Ze moeten afgaan bij verpleegkundigen, niet op de kamer. We houden hier nu veel meer rekening mee". Op het oog eenvoudige innovaties, zou Tina Faber vaker willen zien. Ervaringen als 'patiënt', die je op deze manier in de opleiding kunt verwerken, maken je vaak tot een betere en meer empathische dokter, denkt Tina Faber.

## FLASH ONDERWIJS

Een ander voorbeeld is het flash onderwijs waarbij je met behulp van korte animatiefilmpjes snel en doelmatig binnen één minuut uitleg krijgt over een verrichting of een acute behandeling. Op deze manier kan je, bij wijze van spreken, onderweg naar de spoed de stof nog even herhalen en dat werkt beter dan een droog protocol doornemen. Jonge medewerkers en mensen in opleiding zijn vaak goed in vernieuwingen op gang brengen. Ze zijn creatief, hebben een frisse blik en stellen 'waarom' vragen. De masterclass duurzaamheid, ontwikkeld door en voor AIOS, is hier ook een goed voorbeeld van.

## SAMEN, AANDACHT EN Vernieuwen

Het innovatieklimaat binnen het MCL is sterk verbeterd. Het is één van de strategische prioriteiten van het MCL voor de komende jaren en er is financiële ondersteuning mogelijk voor ontwikkeling van goede ideeën. Uit de contacten met de andere STZ ziekenhuizen heeft Tina Faber gemerkt dat het MCL goed op weg is. "Voor wat innovatie betreft zitten we ergens in de midden. Er zijn een paar ziekenhuizen die op dit gebied echt voorop lopen. Dan komen wij. Maar we willen meer!"

## NIEUWE DECAAN

Het is nu tijd het fundament te leggen onder innovatie in het MCL. "Dat het breed wordt gedragen binnen het hele ziekenhuis en niet langer afhankelijk is van creatieve individuen". Wat daarbij zeker helpt, is volgens Tina Faber de benoeming van Christiaan Boerma als nieuwe decaan. Dat geeft volgens haar veel nieuwe energie en nieuwe ideeën.

Ook pleit ze voor het af en toe bij elkaar komen van vertegenwoordigers van de medische vakgroepen of de Zorgeenheden om met elkaar te praten over wat er speelt. Welke problemen doen zich voor op de werkvloer waar een oplossing voor moet worden gevonden.

"Zo haal je snel zaken naar boven die breed spelen en waar oplossingen voor bedacht kunnen worden. Daarvoor hebben wij dan weer de know how. Door op



Tina Faber

deze manier met innovatie om te gaan, creëren we een fundament voor innovatie en zorg je dat er in de hele organisatie draagvlak voor is. Daardoor ben en blijf je ook aantrekkelijk als werkgever voor jonge ambitieuze medewerkers die willen bijdragen aan vernieuwing." Innovatie door COVID

COVID heeft de geesten in ziekenhuizen ook meer rijp gemaakt voor innovatie en dan vooral stappen in verdere digitalisering van de zorg. "We zetten nu stappen die voorheen niet mogelijk leken, zoals patiëntenzorg op afstand. Videobellen en monitoring van patiënten thuis, voorheen was het ondenkbaar dat we nieuwe patiënten eerst belden."

Het is niet alleen efficiënter, het is ook patiëntvriendelijker. De patiënt hoeft nu alleen te komen als het echt nodig is. Dit is tijdswinst voor de patiënt en de dokter. Voorheen stond de dokter in het ziekenhuis centraal, nu krijgt de patiënt steeds meer regie over zijn eigen zorgproces.

## INDIVEO

Wat aan die ontwikkeling verder bijdraagt, is Indiveo, animatiefilmpjes die patiënten voor een onderzoek of behandeling krijgen toegestuurd. Daardoor kunnen ze zich thuis al veel beter op het bezoek voorbereiden en gericht de juiste vragen stellen. Ook dit vergroot de eigen regie van de patiënt en komt de zorg ten goede. Als het aan Tina Faber ligt zijn dit mooie voorbeelden van innovatie. "We staan nog maar aan het begin, de wil en de mogelijkheden om alsmaar te innoveren zijn er. We moeten de mensen bij elkaar brengen en prikkelen en motiveren om niet te denken vanuit oplossingen maar vanuit problemen."

# MEET DE WETENSCHAPS- COÖRDINATOR

*Binnen het MCL staat topklinische zorg, opleiding en wetenschappelijk onderzoek centraal. Bij het uitvoeren van een onderzoek komt veel kijken. Denk aan richtlijnen, interne en externe procedures en protocollen waaraan het onderzoek moet voldoen. Het wetenschapsbureau stimuleert, coördineert en bewaakt de kwaliteit van (medisch) wetenschappelijk onderzoek binnen het MCL. Ieder onderzoek moet lokaal goed ingeregeld worden.*

Om dit te kunnen waarborgen heeft het MCL een wetenschapscoördinator in dienst. Wat is de meerwaarde van deze functie? Wat draagt zij bij aan het doen van goed onderzoek, wat uiteindelijk resulteert in een verbetering van de zorg aan de patiënt? Meet the wetenschapscoördinator: Aniël van der Meer.

## SPIN IN HET WEB

Een echte spin in het web, dat is Aniël van der Meer als wetenschapscoördinator binnen het wetenschapsbureau. Onderzoekers kunnen bij haar terecht voor ondersteuning en begeleiding op het gebied van AVG. Bijvoorbeeld of er wel of geen toestemming nodig is voor het onderzoek. Maar ook bijbehorende argumentatie, data handling en het opstellen van informatie voor patiënten. Daarnaast is Aniël onderdeel van de Commissie Onderzoeksverklaring (COV). Al het wetenschappelijk onderzoek dat plaats gaat vinden in het MCL dient bij deze commissie aangemeld te worden. Ook beoordeelt Aniël WMO-onderzoeken op het gebied van AVG. In 2020 gingen er zo'n 42 WMO plichtige onderzoeken en 92 niet WMO plichtige onderzoeken door haar handen.

## ONDERSTEUNING

"Onderzoekers willen onderzoek doen", vertelt Aniël. Door de onderzoekers te ondersteunen en te begeleiden, zorgt ze er voor dat onderzoekers zich kunnen focussen op hun onderzoek. "Ik houd mij niet bezig met de inhoud van het onderzoek, maar juist met de randvoorwaarden en de goedkeuring van het onderzoek. Ik vind het leuk om binnen deze voorwaarden speelruimte te creëren. Daarnaast is onderzoek teamwork. Ik werk bijvoorbeeld nauw samen

met juristen, epidemiologen en ondersteunende afdelingen, zoals apotheek, inkoop en bijvoorbeeld fysiotherapie. Voor het ondertekenen en goedkeuren van onderzoeken en onderzoekscontracten heb ik nauwe samenwerking met de decaan. Dit maakt mijn werk leuk, zo is geen dag hetzelfde." Aniël houdt van procesmatig werken, snel handelen en duidelijkheid. "Doordat ik mij niet op de inhoud richt behoud ik de helicopterview omtrent alle randvoorwaarden van het onderzoek. Hierdoor kan de onderzoeker zich richten op het onderzoek en zorg ik ervoor dat alles volgens de richtlijnen en (interne) procedures voor de start van het onderzoek ingeregeld wordt."

## COV-EARLY STUDIE

Een voorbeeld van een onderzoek waaraan Aniël heeft gewerkt is de landelijke COV-early studie. Dit onderzoek bekijkt of vroegtijdige toediening van antistoffen in plasma genezing van COVID-19 kan versnellen en/of een opname in het ziekenhuis kan voorkomen. Aniël is er trots op dat we als eerste ziekenhuis in het noorden deelnemen aan dit onderzoek. "Samen met het onderzoeksteam hebben we gekeken welke partijen benaderd moesten worden. Belangrijk was om de juiste mensen bij elkaar te brengen. Daarnaast heb ik meegedacht naar mogelijkheden om positief geteste corona patiënten op te vangen. Ook heb ik de onderzoeksverklaring vervroegd laten afgeven."

## STANDAARDISATIE

Op MCLnet heeft Aniël veel informatie beschikbaar gesteld voor onderzoekers. Hierdoor kunnen onderzoekers laagdrempelig gebruik maken van de kennis en ondersteuning van het wetenschapsbureau.



Aniël van der Meer

Aniël: "Door de informatie te standaardiseren hopen we dat onderzoekers hier gemakkelijk gebruik van maken. Hoe start je een onderzoek op? Wat houdt Evidence based practice (EBP) in? Hoe publiceer je zelf een artikel in een tijdschrift? Je vindt het op ons intranet: MCLnet."

## AMBITIE

Zonder wetenschapscoördinator worden onderzoeken niet gemonitord, met als gevolg dat er vertragingen zouden ontstaan en de kwaliteit van onderzoeken achteruit gaat. Door de inzet van Aniël blijven onderzoeks aanvragen in het MCL doorlopen en worden deadlines gehaald. Aniël: Wetenschap is één van de drie pijlers als STZ ziekenhuis. Het hoort onderdeel van de werkvloer te zijn. Als wetenschapscoördinator wil ik mij hier graag voor blijven inzetten.

*Naam:* Aniël van der Meer:  
*Leeftijd:* 34 jaar  
*Opleiding:* HBO Management, Economie & Recht  
*Werkzaam in MCL:* sinds 2017, sinds 2018 als wetenschapscoördinator  
*Staat bekend om:* haar directheid en is een echte doorpakker

'S WERELDS EERSTE EN ENIGE  
GLP-1 ANALOOG IN EEN PIL

# RYBELSUS<sup>®</sup>

semaglutide tabletten

Om de glykemische controle  
te verbeteren bij volwassenen  
met diabetes type 2<sup>1</sup>



NL20RYB00013 Verkorte productinformatie en referentie zie elders in deze uitgave.

**RYBELSUS<sup>®</sup>**  
semaglutide tabletten

# VITAMINE D DEFICIËNTIE D-CURA

Aanbevolen dosering voor volwassenen:  
één capsule D-Cura 25.000 IE per week\*  
Na de eerste maanden kunnen lagere  
doses worden overwogen, afhankelijk  
van de gewenste serumspiegel (25(OH)D),  
de ernst van de ziekte en de respons van  
de patiënt op de behandeling.

**METEN IS WETEN**



\* SmPC D-Cura 25.000 IE capsules. De verkorte bijsluitertekst is elders in het blad afgedrukt.



Voor inlichtingen: info@galephar.nl



# HIJ REKENT OP U

Voor het leven na het infarct



- Snelle, aanhoudende LDL-c verlaging<sup>1,3</sup>
- Minder kans op ernstige CV-events<sup>1,2</sup>

DE NIEUWE BEHANDELING VOOR  
MATIGE TOT ERNSTIGE ACTIEVE RA

abbvie

 **RINVOQ**<sup>®</sup>  
upadacitinib

Selectieve en reversibele JAK-remmer  
voor éénmaal daagse orale toediening  
bij matige tot ernstige actieve RA<sup>1</sup>

HOGERE KANS OP  
**REMISSIE**  
DAN MET ADA+MTX

RINVOQ + MTX toont een  
significant hoger remissie-  
percentage dan placebo + MTX  
en adalimumab + MTX op  
week 12<sup>2</sup>

CONSISTENT  
**EFFECTIEF**

RINVOQ toont consistente  
percentages van remissie  
en significante remming  
van de progressie van  
gewrichtsschade, al of niet  
in combinatie met MTX<sup>1,2,3</sup>

DUIDELIJK OMSCHREVEN  
**VEILIGHEIDSPROFIEL**

De werkzaamheid en veiligheid van  
eenmaal daags 15 mg upadacitinib  
werden geëvalueerd in vijf gerando-  
miseerde, dubbelblinde, multicenter,  
fase 3-onderzoeken bij patiënten met  
matig tot ernstig actieve reumatoïde  
arthritis waarbij werd voldaan aan de  
ACR/EULAR 2010-classificatie-  
criteria<sup>1</sup>



**MISSIE:  
REMISSIE**

**ONTDEK MEER OVER RINVOQ OP**

<https://www.partnersinreumatologie.nl/studieprogramma/Select-compare>



Zie voor verkorte productinformatie RINVOQ elders in dit magazine.

**Referenties**

**1.** RINVOQ (Summary of Product Characteristics). AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG. **2.** Fleischmann R, Pangan AL, Song IH, et al. Upadacitinib versus placebo or adalimumab in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate: results of a phase 3, double-blind, randomized controlled trial [published online July 9, 2019]. Arthritis Rheumatol. doi:10.1002/art.41032. **3.** Fleischmann RM, Genovese MC, Enejosa JV, et al. Safety and effectiveness of upadacitinib or adalimumab plus methotrexate in patients with rheumatoid arthritis over 48 weeks with switch to alternate therapy in patients with insufficient response [published online July 30, 2019]. Ann Rheum Dis. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215764.

**ACR:** American College of Rheumatology; **ADA:** adalimumab; **EULAR:** European League Against Rheumatism; **MTX:** methotrexaat.

**AMGEN**  
Cardiovascular

 **Repatha**<sup>®</sup>  
(evolocumab)

Zie voor referenties en meer productinformatie elders in deze uitgave.

# WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES

## JULI T/M DECEMBER 2020

### PROEFSCHRIFTEN

**Hoek, M.D.v.d.** 2020, Carnitine metabolism in relation to physical performance and cognition in aging, Wageningen University.

### ARTIKELEN

#### ANESTHESIOLOGIE

**Brouwer, T.A., Roon, E.N.v.**<sup>a</sup>, Rosier, P.F.W.M., **Veeger, N.**<sup>b</sup>, et al. 2021, „Postoperative urinary retention: risk factors, bladder filling rate and time to catheterization: an observational study as part of a randomized controlled trial”, *Perioperative medicine*, vol. 10, no. 1, pp. 2.

<sup>a</sup>Farmacie

<sup>b</sup>Wetenschapsbureau

#### BARIATRISCHE CHIRURGIE

Furth, A.M.v., **Broek, M.v.d., Emous, M., Heide, L.J.M.d.**<sup>a</sup>, **Beek, A.P.v.**, et al. 2020, „Cholecystectomy increases the risk of dumping syndrome and postbariatric hypoglycemia after bariatric surgery”, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, Epub 2020 Aug 25.

<sup>a</sup>Interne geneeskunde

Heusschen, L., Krabbendam, I., Velde, J.M.v.d., **Emous, M., Lutgers, H.L.**<sup>a</sup> et al. 2021, „A Matter of Timing-Pregnancy After Bariatric Surgery”, *Obesity Surgery*, Epub 2021 Jan 11.

<sup>a</sup>Interne geneeskunde

**Sizoo, D., Heide, L.J.M.d.**<sup>a</sup>, **Emous, M., Beek, A.P.v.**, et al. 2020, „Measuring Muscle Mass and Strength in Obesity: a Review of Various Methods”, *Obesity Surgery*, Epub 2020 Nov 6.

<sup>a</sup>Interne geneeskunde

#### CARDIOLOGIE

Al Fatly, Z., Beckers, F.L.M., **Sjauw, K.D.**, et al. 2020, „Catastrophic chest pain and spontaneous coronary artery dissection: A case report”, *Case reports in women's health*, vol. 28, pp. e00256.

Berger, W.R., Baggen, V., Vorselaars, V.M.M., **Woudstra, P.**, et al. 2020, „Dutch cardiology residents and the COVID-19 pandemic: Every little thing counts in a crisis”, *Netherlands heart journal*, vol. 28, no. 12, pp. 625-627.

Gimbel, M.E., Tavenier, A.H., Bor, W., **Hofma, S.**, et al. 2020, „Ticagrelor Versus Clopidogrel in Older Patients with

NSTE-ACS Using Oral Anticoagulation: A Sub-Analysis of the POPular Age Trial”, *Journal of clinical medicine*, vol. 9, no. 10, pp. E3249.

Kerkmeijer, L.S.M., Tijssen, R.Y.G., **Hofma, S.H., Kraak, R.P.**, et al. 2020, „Three-year clinical outcomes of the absorb bioresorbable vascular scaffold compared to Xience everolimus-eluting stent in routine PCI in patients with diabetes mellitus-AIDA sub-study”, *Catheterization and cardiovascular interventions*, Epub 2020 Oct 29.

Kraak, R.P., Tijssen, R.Y.G., Dongen, I.M.v., **Hofma, S.H.**, et al. 2020, „Outcomes of bioresorbable vascular scaffolds versus everolimus-eluting stents by coronary complexity: a sub-analysis of the AIDA trial”, *EuroIntervention*, vol. 16, no. 11, pp. e904-e912.

Maarse, M., Wintgens, L.I.S., Ponomarenko, A., **Folkeringa, R.J.**, et al. 2021, „Impact of Anticoagulation Strategy after Left Atrial Appendage Occlusion in Patients Requiring Direct Current Cardioversion”, *Journal of cardiovascular electrophysiology*, Epub 2021 Jan 15.

Mol, D., Houterman, S., Balt, J.C., **Folkeringa, R.J.**, et al. 2020, „Complications in pulmonary vein isolation in the Netherlands Heart Registration differ with sex and ablation technique”, *Europace*, Epub 2020 Nov 3.

Molenaar, M.M.D., Hesselink, T., Bekke, R.M.A.t., **Kraaier, K.**, et al. 2020, „Shorter RSPV cryoapplications result in less phrenic nerve injury and similar 1-year freedom from atrial fibrillation”, *Pacing and clinical electrophysiology : PACE*, Epub 2020 Sep 9.

**Rijnhart-de Jong, H., Haenen, J.**<sup>a</sup>, **Bol Raap, G.**<sup>b</sup>, **Jekel, L.**<sup>b</sup>, **Vossenbergh, T., Bondarenko, O. & Boerma, C.**<sup>c</sup> 2020, „Determinants of non-recovery in physical health-related quality of life one year after cardiac surgery: a prospective single Centre observational study”, *Journal of cardiothoracic surgery*, vol. 15, no. 1, pp. 234.

<sup>a</sup>Cardio-anesthesiologie

<sup>b</sup>Cardiothorale chirurgie

<sup>c</sup>Intensive care

Tenekecioglu, E., Katagiri, Y., Takahashi, K., **Boven, A.J.v.**, et al. 2020, „Endothelial shear stress and vascular remodeling in bioresorbable scaffold and metallic stent”, *Atherosclerosis*, vol. 312, Epub 2020 Sep 10, pp. 79-89.

#### CARDIOTHORACALE CHIRURGIE

Nijenhuis, V.J., Meyer, A., Brouwer, J., **Amrane, H.**, et al. 2021, „The effect of transcatheter aortic valve implanta-

tion approaches on mortality”, *Catheterization and cardiovascular interventions*, Epub 2021 Jan 14.

#### CHIRURGIE

Dang, Q., Stadius van Eps, R.G., Wever, J.J., Dutch Society of Vascular Surgery, the Steering Committee of the Dutch Surgical Aneurysm Audit, and the Dutch Institute for Clinical Auditing (o.a. **Andringa de Kempnaer, M.G. van, Arts, C.H., Jahrome, A.K., Klinkert, P. & Wikkeling, O.R.**), et al. 2020, „Nationwide study of the treatment of mycotic abdominal aortic aneurysms comparing open and endovascular repair in The Netherlands”, *Journal of vascular surgery*, vol. 72, no. 2, pp. 531-540.

Elfrink, A.K.E., Haring, M.P.D., Meijer, V.E.d., Dutch Hepato Biliary Audit Group (o.a. **Eker, H.**), et al. 2020, „Surgical outcomes of laparoscopic and open resection of benign liver tumours in the Netherlands: a nationwide analysis”, *HPB*, Epub 2020 Dec 29.

Elfrink, A.K.E., Nieuwenhuizen, S., Tol, M.P.v.d., Dutch Hepato Biliary Audit Group & Collaborators (o.a. **Eker, H.H.**), et al. 2020, „Hospital variation in combined liver resection and thermal ablation for colorectal liver metastases and impact on short-term postoperative outcomes: a nationwide population-based study”, *HPB : the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, Epub 2020 Nov 17.

Elfrink, A.K.E., Zwet, E.W.v., Swijnenburg, R.J., **Eker, H.H.**, et al. 2020, „Case-mix adjustment to compare nationwide hospital performances after resection of colorectal liver metastases”, *European journal of surgical oncology*, Epub 2020 Oct 16.

Jalalzadeh, H., Indrakusuma, R., Koelemay, M.J.W., Collaborators (o.a. **Andringa de Kempnaer, M.G. van, Arts, C.H., Jahrome, A.K., Klinkert, P. & Wikkeling, O.R.**), et al. 2020, „Editor's Choice - Nationwide Analysis of Patients Undergoing Iliac Artery Aneurysm Repair in the Netherlands”, *European journal of vascular and endovascular surgery*, vol. 60, no. 1, pp. 49-55.

Jonker, P.K.C., Plas, W.Y.v.d., Steinkamp, P.J., **Poelstra, R., Emous, M.**, et al. 2020, „Perioperative SARS-CoV-2 infections increase mortality, pulmonary complications, and thromboembolic events: A Dutch, multicenter, matched-cohort clinical study”, *Surgery*, Epub 2020 Sep 24.

Karthaas, E.G., Vahl, A., Elsmann, B.H.P., Dutch Society of Vascular Surgery, Steering Committee of the Dutch Surgical Aneurysm Audit, Dutch Institute for Clinical Auditing (o.a. **Andringa de Kempnaer, M.G. van, Arts, C.H., Jahrome, A.K., Klinkert, P. & Wikkeling, O.R.**), et al. 2020, „National Numbers of Secondary Aortic Reinterventions after Primary Abdominal Aortic Aneurysm Surgery from the Dutch Surgical Aneurysm Audit”, *Annals of Vascular Surgery*, vol. 68, pp. 234-244.

Kuhrij, L.S., Karthaas, E.G., Vahl, A.C., Dutch Audit for Carotid Interventions (DACI) Collaborators (o.a. **Andringa de Kempnaer, M.G. van, Arts, C.H., Jahrome, A.K., Klinkert, P. & Wikkeling, O.R.**), et al. 2020, „A Composite Measure for Quality of Care in Patients with Symptomatic Carotid Stenosis Using Textbook Outcome”, *European journal of vascular and endovascular surgery*, vol. 60, no. 4, pp. 502-508.

Kalkdijk-Dijkstra, A.J., Heijden, J.A.G.v.d., Westreenen, H.L.v., FORCE Trial Group (o.a. **Koopal, S.A., Hoff, C., Eker, H.**), et al. 2020, „Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcome and quality of life after surgery for rectal cancer: study protocol for a randomized controlled trial (FORCE trial)”, *Trials*, vol. 21, no. 1, pp. 112.

Karthaas, E.G., Lijftogt, N., Vahl, A., Dutch Society for Vascular Surgery, the Steering Committee of the Dutch Surgical Aneurysm Audit and the Dutch Institute for Clinical Auditing (o.a. **Andringa de Kempnaer, M.G. van, Arts, C.H., Jahrome, A.K., Klinkert, P. & Wikkeling, O.R.**), et al. 2020, „Patients with a Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm Are Better Informed in Hospitals with an „EVAR-preferred” Strategy: An Instrumental Variable Analysis of the Dutch Surgical Aneurysm Audit”, *Annals of Vascular Surgery*, vol. 69, pp. 332-344.

Notten, P., Arnoldussen, C.W.K.P., Brans, R., **Wikkeling, O.R.M.**, et al. 2020, „Association of Successful Ultrasound-Accelerated Catheter-Directed Thrombolysis with Post-thrombotic Syndrome: A Post Hoc Analysis of the CAVA Trial”, *Thrombosis and haemostasis*, vol. 120, no. 8, pp. 1188-1199.

Veenendaal, N.v., Simons, M., Hope, W., HerniaSurge Group (o.a. **Eker, H.**), et al. 2020, „Consensus on international guidelines for management of groin hernias”, *Surgical endoscopy*, vol. 34, no. 6, pp. 2359-2377.

Vorselaars, W.M.C.M., Beek, D.J.v., Suurd, D.P.D., International CONNsorium (o.a. **Eker, H.**), et al. 2020, „Adrenalectomy for Primary Aldosteronism: Significant Variability in Work-Up Strategies and Low Guideline Adherence in Worldwide Daily Clinical Practice”, *World journal of surgery*, vol. 44, no. 6, pp. 1905-1915.

**Zwols, T.L.R., Slagter, N., Veeger, N.J.G.M.**<sup>a</sup>, **Jutte, E., Eker, H.H. & Pierie, J.P.E.N.**, et al. 2020, „Transrectus sheath pre-peritoneal (TREPP) procedure versus totally extraperitoneal (TEP) procedure and Lichtenstein technique: a propensity-score-matched analysis in Dutch high-volume regional hospitals”, *Hernia*, Epub 2020 Oct 16.

<sup>a</sup>Wetenschapsbureau

## FARMACIE

Eger, K., **Kroes, J.A., Brinke, A.t.**<sup>a</sup>, et al. 2020, „Long-term therapy response to anti-interleukin-5 biologics in severe asthma - a real-life evaluation“, *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, Epub 2020 Oct 15.

<sup>a</sup>Longgeneeskunde

**Kroes, J.A., Zielhuis, S.W., Meer, A.N.v.d.**<sup>a</sup>, **Jong, K.d.**<sup>b</sup>, **Roon, E.N.v.** & **Brinke, A.T.**<sup>a</sup> 2020, „Optimizing omalizumab dosing in severe asthma - the exploration of therapeutic drug monitoring“, *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, Epub 2020 Dec 15.

<sup>a</sup>Longgeneeskunde

<sup>b</sup>Wetenschapsbureau

Peters-Geven, M.M., Rollema, C., Metting, E.I., **Roon, E.N.v.** & **Vries, T.W.d.**<sup>a</sup> 2020, „The Quality of Instructional YouTube Videos for the Administration of Intranasal Spray: Observational Study“, *JMIR medical education*, vol. 6, no. 2, pp. e23668.

<sup>a</sup>Kindergeneeskunde

**Rollema, C., Roon, E.N.v.** & **Vries, T.W.d.**<sup>a</sup> 2020, „Corticosteroid neussprays: evaluatie en advies toedieninstructies“, *Praktische pediatrie*, vol. 14, no. 3, pp. 178-180.

<sup>a</sup>Kindergeneeskunde

**Rozema, J., Slim, C.L.**<sup>a</sup>, **Veeger, N.J.G.M.**<sup>b</sup>, **Kibbelaar, R.E.**<sup>c</sup>, **Wit, H.d.**<sup>a</sup>, **Roon, E.N.v.** & **Hoogendoorn, M.**<sup>d</sup> 2020, „A clinical effect of disease-modifying treatment on alloimmunisation in transfused patients with myelodysplastic syndromes: data from a population-based study“, *Blood transfusion*, Epub 2020 Dec 16.

<sup>a</sup>Klinische chemie

<sup>b</sup>Wetenschapsbureau

<sup>c</sup>Pathologie

<sup>d</sup>Interne geneeskunde

## GERIATRIE

Fruijtier, A.D., Visser, L.N.C., Bouwman, F.H., **Hempenius, L.**, et al. 2020, „What patients want to know, and what we actually tell them: The ABIDE project“, *Alzheimer's & dementia*, vol. 6, no. 1, pp. e12113.

## GYNAECOLOGIE

Alemu, S., Herklots, T., Almansa, J., **Stekelenburg, J.**, et al. 2020, „Mental Health and Quality of Life of Women One Year after Maternal Near-Miss in Low and Middle-Income Countries: The Case of Zanzibar, Tanzania“, *International journal of environmental research and public health*, vol. 17, no. 23, pp. 9034.

Begum, T., Saif-Ur-Rahman, K.M., Yaqoot, F., **Stekelenburg, J.**, et al. 2020, „Global incidence of Caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta-regression“, *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, Epub 2020 Sep 14.

Mooij, R., Kapanga, R.R., Mwampagatwa, I.H., **Stekelenburg, J.** et al. 2020, „Beyond severe acute maternal morbidity: a mixed-methods study on the long-term consequences of (severe pre-) eclampsia in rural Tanzania“, *Tropical medicine & international health*, Epub 2020 Nov 5.

Mooij, R., Mwampagatwa, I.H., Dillen, J.v. & **Stekelenburg, J.** 2020, „Association between surgical technique, adhesions and morbidity in women with repeat caesarean section: a retrospective study in a rural hospital in Western Tanzania“, *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 20, no. 1, pp. 582.

Ontiri, S., Were, V., Kabue, M., **Stekelenburg, J.**, et al. 2020, „Patterns and determinants of modern contraceptive discontinuation among women of reproductive age: Analysis of Kenya Demographic Health Surveys, 2003-2014“, *PloS one*, vol. 15, no. 11, pp. e0241605.

Sheferaw, E.D., Bakker, R., Taddele, T., **Stekelenburg, J.**, et al. 2020, „Status of institutional-level respectful maternity care: Results from the national Ethiopia EmONC assessment“, *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, Epub 2020 Oct 29.

Srivastava, A., Chhibber, G., Bhatnagar, N., **Stekelenburg, J.**, et al. 2020, „Effectiveness of a quality improvement intervention to increase adherence to key practices during female sterilization services in Chhattisgarh and Odisha states of India“, *PloS one*, vol. 15, no. 12, pp. e0244088.

Tura, A.K., Aboul-Ela, Y., Fage, S.G., **Stekelenburg, J.**, et al. 2020, „Introduction of Criterion-Based Audit of Postpartum Hemorrhage in a University Hospital in Eastern Ethiopia: Implementation and Considerations“, *International journal of environmental research and public health*, vol. 17, no. 24, pp. 9281.

## INTENSIVE CARE

Amendola, L.M., Galazzi, A., Zainaghi, I., **Gerritsen, R.T.**, et al. 2020, „Validation and Analysis of the European Quality Questionnaire in Italian Language“, *International journal of environmental research and public health*, vol. 17, no. 23, pp. E8852.

Berger, E., Wils, E.J., Vos, P., **Koopmans, M.**, et al. 2020, „Prevalence and management of delirium in intensive care units in the Netherlands: An observational multicentre study“, *Intensive & critical care nursing*, Epub 2020 Aug 28.

Beumeler, L.F.E., **Wieren, A.v., Buter, H., Bruins, N.A., Jager, C.M.d., Koopmans, M., Boerma, E.C.**, et al. 2020, „Patient-reported physical functioning is limited in almost half of critical illness survivors 1-year after ICU-admission: A retrospective single-centre study“, *PloS one*, vol. 15, no. 12, pp. e0243981.

**Boerma, E.C., Bethlehem, C., Stellingwerf, F., Lange, F.d., Streng, K.W., Koetsier, P.M. & Bootsma, I.T.** 2021, „Hemodynamic Characteristics of Mechanically Ventilated COVID-19 Patients: A Cohort Analysis“, *Critical care research and practice*, Epub 2021 Jan 4.

COVIDSurg Collaborative (o.a. **Boerma, E.C.**) 2020, „Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans“, *The British journal of surgery*, vol. 107, no. 11, pp. 1440-1449.

Hilty, M.P., Akin, S., **Boerma, C.** et al. 2020, „Automated Algorithm Analysis of Sublingual Microcirculation in an International Multicenter Database Identifies Alterations Associated With Disease and Mechanism of Resuscitation“, *Critical Care Medicine*, vol. 48, no. 10, pp. e864-e875.

**Ijzendoorn, M.v., Vries, L.d., Born, J.v.d., Buter, H., Boerma, C.**, et al. 2020, „Renal Function is a Major Determinant of ICU-acquired Hypernatremia: A Balance Study on Sodium Handling“, *Journal of translational internal medicine*, vol. 8, no. 3, pp. 165-176.

**Koc, V., Delmas Benito, L., With, E.d. & Boerma, E.C.** 2020, „The Effect of Fluid Overload on Attributable Morbidity after Cardiac Surgery: A Retrospective Study“, *Critical care research and practice*, vol. 2020, pp. 4836862.

Tavy, A.L.M., Bruin, A.F.J.d., Iterson, M.v., **Boerma, E.C.**, et al. 2020, „Detection of inadequate anastomotic perfusion with handheld vital microscopy in two patients during colorectal surgery“, *Clinical journal of gastroenterology*, Epub 2020 Sep 21.

## INTERNE GENEESKUNDE

**Heide, L.J.M.d., Broek, M.v.d., Dijk, G.v., Emous, M.**<sup>a</sup>, et al. 2020, „Diminished Counterregulatory Responses to Meal-Induced Hypoglycemia 4 Years After RYGB“, *Obesity Surgery*, Epub 2020 Oct 16.

<sup>a</sup>Bariatrische chirurgie

Hosnijeh, F.S., Straten, L.v.d., Kater, A.P., **Hoogendoorn, M.**, et al. 2020, „Proteomic markers with prognostic impact on outcome of chronic lymphocytic leukemia patients under chemo-immunotherapy; results from the HOVON 109 study“, *Experimental hematology*, Epub 2020 Aug 8.

Huls, G., Chitu, D.A., Pabst, T., **Hoogendoorn, M.**, et al. 2020, „Ibrutinib added to 10-day decitabine for older patients with AML and higher risk MDS“, *Blood advances*, vol. 4, no. 18, pp. 4267-4277.

## KAAKCHIRURGIE

Karagozoglu, K.H., Vissink, A., Forouzanfar, T., **Visscher, J.G.A.M.d.**, et al. 2020, „Sialendoscopy increases saliva secretion and reduces xerostomia up to 60 weeks in Sjögren's syndrome patients: a randomized controlled study“, *Rheumatology*, Epub 2020 Sep 19.

Vissink, A., **Meij, E.H.v.d.** & Spijkervet, F.K.L. 2020, „Ontstaan van MALT-lymfomen bij het syndroom van Sjögren“, *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, vol. 127, no. 10, pp. 543-550.

## KINDERGENEESKUNDE

**Boer, M.d., Rollema, C.**<sup>a</sup>, **Roon, E.v.**<sup>a</sup> & **Vries, T.d.** 2020, „Observational study of administering intranasal steroid sprays by healthcare workers“, *BMJ open*, vol. 10, no. 8, pp. e037660.

<sup>a</sup>Farmacie

Huijgen, N., Vries, L.d., **Vries, T.W.d.**, et al. 2020, „Een landelijke inventarisatie naar geprotocolleerde zorg voor het gebruik van antidepressiva, antihypertensiva en tocolytica tijdens zwangerschap en lactatie“, *Pharmaceutisch weekblad*, vol. 155, no. 19, pp. 21-28.

**Janssen, N. & Keukens, L.** 2021, „Indrukwekkend huidbeeld bij een gezond kind“, *Huisarts en Wetenschap*, vol. 64, no. 2, pp. 53-55. Epub 20201223.

Vijver, E.v.d., Heida, A., Ioannou, S., **Vries, T.d.**, et al. 2020, „Test strategies to predict inflammatory bowel disease among children with nonbloody diarrhea“, *Pediatrics*, vol. 146, no. 2, pp. e20192235.

## KNO

**Lek, L.M.v.d., Pool, S.M.W.**<sup>a</sup>, **Jong, K.d.**<sup>b</sup>, **Mouës-Vink, C.M.**<sup>a</sup>, et al. 2021, „Seasonal Influence on the Numbers of Gender-Related Orofacial Cleft Conceptions in the Netherlands“, *The Cleft palate-craniofacial journal*, Epub 2021 Jan 20.

<sup>a</sup>Plastische chirurgie

<sup>b</sup>Wetenschapsbureau

## LONGGENEESKUNDE

Bendien, S.A., Loon-Kooij, S.v., Kramer, G., **Brinke, A.t.**, et al. 2020, „Bronchiectasis in Severe Asthma: Does It Make a Difference?“, *Respiration*, Epub 2020 Dec 15, pp. 1-9.

Eger, K., Hashimoto, S., Braunstahl, G.J., **Brinke, A.t.**, et al. 2020, „Poor outcome of SARS-CoV-2 infection in patients with severe asthma on biologic therapy“, *Respiratory medicine*, vol. 177, Epub 2020 Dec 24, pp. 106287.

Faiz, A., Imkamp, K., Wiel, E.v.d., **Pasma, H.R.**, et al. 2020, „Identifying a nasal gene expression signature associated with hyperinflation and treatment response in severe COPD“, *Scientific reports*, vol. 10, no. 1, pp. 17415.

Kahlmann, V., Janssen Bonás, M., Moor, C.C., Collaborating investigators (o.a. **Maten, J. v.d.**), et al. 2020, „Design of a randomized controlled trial to evaluate effectiveness of methotrexate versus prednisone as first-line treatment for pulmonary sarcoidosis: the PREDMETH study”, *BMC pulmonary medicine*, vol. 20, no. 1, pp. 271.

Stegmann, M.E., Brandenburg, D., Reyners, A.K.L., **Geffen, W.H.v.**, et al. 2020, „Treatment goals and changes over time in older patients with non-curable cancer”, *Supportive care in cancer*, Epub 2020 Dec 22.

#### NEUROLOGIE

**Tadema, S.**, Pott, J.W.R. & Hoogslag-Bienfait, M.F. 2020, „Een man met een acute visusdaling en slaapapneus”, *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, vol. 164, pp. D4799.

#### ONCOLOGIE

Boers, J., Venema, C.M., Vries, E.F.J.d., **Rikhof, B.**, et al. 2020, „Serial [(18F)]-FDHT-PET to predict bicalutamide efficacy in patients with androgen receptor positive metastatic breast cancer”, *European journal of cancer*, vol. 144, Epub 2020 Dec 17, pp. 151-161.

Brada, L.J.H., Walma, M.S., Dam, R.M.v., **Polée, M.B.**, et al. 2020, „The treatment and survival of elderly patients with locally advanced pancreatic cancer: A post-hoc analysis of a multicenter registry”, *Pancreatology*, Epub 2020 Dec 3.

Breeschoten, J.v., Wouters, M.W.J.M., Wreede, L.C.d., **Rijn, R.S.v.**, et al. 2020, „Nationwide Outcomes of Advanced Melanoma According to BRAFV600 Status”, *American journal of clinical oncology*, Epub 2020 Dec 15.

Ismail, R.K., Sikkes, N.O., Wouters, M.W.J.M., **Rijn, R.S.v.**, et al. 2021, „Postapproval trials versus patient registries: comparability of advanced melanoma patients with brain metastases”, *Melanoma research*, vol. 31, no. 1, pp. 58-66.

Lugtenberg, R.T., Groot, S.d., Kaptein, A.A., **Graaf, H.d.**, et al. 2020, „Quality of life and illness perceptions in patients with breast cancer using a fasting mimicking diet as an adjunct to neoadjuvant chemotherapy in the phase 2 DIRECT (BOOG 2013-14) trial”, *Breast cancer research and treatment*, Epub 2020 Nov 11.

Smorenburg, C.H., **Graaf, H.d.**, Jager, A., et al. 2020, „Revisie richtlijn Borstkanker: overzicht van de wijzigingen bij (neo)adjuvante therapie”, *Nederlands Tijdschrift voor Oncologie*, vol. 17, no. 6, pp. 226-230.

Verhaart, S.L., Abu-Ghanem, Y., Mulder, S.F., **Polee, M.**, et al. 2020, „Real-world Data of Nivolumab for Patients With Advanced Renal Cell Carcinoma in the Netherlands: An Analysis of Toxicity, Efficacy, and Predictive Markers”, *Clinical genitourinary cancer*, Epub 2020 Oct 14.

Verheijden, R.J., May, A.M., Blank, C.U., **Rijn, R.S.v.**, et al. 2020, „Lower risk of severe checkpoint inhibitor toxicity in more advanced disease”, *ESMO open*, vol. 5, no. 6, pp. e000945.

Walma, M.S., Brada, L.J., Patuleia, S.I.S., **Polée, M.B.**, et al. 2020, „Treatment strategies and clinical outcomes in consecutive patients with locally advanced pancreatic cancer: A multicenter prospective cohort”, *European Journal of Surgical Oncology*, Epub 2020 Nov 26.

Wensink, G.E., Elferink, M.A.G., May, A.M., **Polée, M.B.**, et al. 2020, „Survival of patients with deficient mismatch repair metastatic colorectal cancer in the pre-immunotherapy era”, *British journal of cancer*, Epub 2020 Oct 13.

Zeijl, M.C.T.v., Haanen, J.B.A.G., Wouters, M.W.J.M., **Rijn, R.S.v.**, et al. 2020, „Real-world Outcomes of First-line Anti-PD-1 Therapy for Advanced Melanoma: A Nationwide Population-based Study”, *Journal of immunotherapy*, vol. 43, no. 8, pp. 256-264.

Zeijl, M.C.T.v., Wreede, L.C.d., Eertwegh, A.J.M.v.d., **Rijn, R.S.v.**, et al. 2020, „Survival outcomes of patients with advanced melanoma from 2013 to 2017: Results of a nationwide population-based registry”, *European journal of cancer*, vol. 144, Epub 2020 Dec 26, pp. 242-251.

#### ORTHOPEIDIE

Arkel, E.R.A.v., Koëter, S., **Rijk, P.C.**, et al. 2020, „Dutch Guideline on Knee Arthroscopy Part 1, the meniscus: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association”, *Acta orthopaedica*, Epub 2020 Nov 24.

Beers, L.W.A.H.v., Wal, B.C.H.v.d., Loon, T.G.v., Collaborator group (o.a. **Zijlstra, W.P., Dijkstra, B.**), et al. 2020, „Study protocol: Effectiveness of dual-mobility cups compared with uni-polar cups for preventing dislocation after primary total hip arthroplasty in elderly patients - design of a randomized controlled trial nested in the Dutch Arthroplasty Registry”, *Acta orthopaedica*, Epub 2020 Aug 4, pp. 1-6.

Groot, L., Gademan, M.G.J., Peter, W.F., PaTIO study group (o.a. **Dijkstra, B., Zijlstra, W.P.**), et al. 2020, „Rationale and design of the PaTIO study: Physiotherapeutic Treat-to-target Intervention after Orthopaedic surgery”, *BMC musculoskeletal disorders*, vol. 21, no. 1, pp. 544.

Koëter, S., Tienen, T.G.v., **Rijk, P.C.**, et al. 2020, „Dutch Guideline on Knee Arthroscopy Part 2: non-meniscus intra-articular knee injury: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association”, *Acta orthopaedica*, Epub 2020 Nov 24.

**Peters, R.M.**, Hiemstra, J.T., **Zijlstra, W.P.**, et al. 2020, „To mix or not to mix? Medicolegal implications of mixed components in total hip arthroplasty”, *Acta orthopaedica*, Epub 2020 Sep 23, pp. 1-3.

#### PATHOLOGIE

Koomen, B.M., Starre-Gaal, J.v.d., Vonk, J.M., **Meij, J.J.C.v.d.**, et al. 2020, „Formalin fixation for optimal concordance of programmed death-ligand 1 immunostaining between cytologic and histologic specimens from patients with non-small cell lung cancer”, *Cancer cytopathology*, Epub 2020 Oct 27.

Lubbers, J.M., **Koopman, B.**, Klerk-Sluis, et al. 2020, „Association of Homozygous Variants of STING1 with Outcome in Human Cervical Cancer”, *Cancer science*, Epub 2020 Oct 10.

#### PLASTISCHE CHIRURGIE

**Noordzij, N.A.**, Lindqvist, E.K., Gardiner, M.D., et al. 2020, „ICOPLAST trainees Europe: Uniting plastic surgery trainees around training, research and sustainability”, *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, Epub 2020 Nov 1.

Salazar-Casals, A., **Marck, K., Jong, T.d., Collins, J.**, **Dorgelo, J.**, et al. 2020, „Retrospective Study of Surgical Treatment of Refractive Osteomyelitis and Infectious Arthritis in the Flippers of Seals in the Netherlands”, *Journal of zoo and wildlife medicine*, vol. 51, no. 3, pp. 598-605.

<sup>a</sup>Radiologie

Stege, J.A.t., Oldenburg, H.S.A., Woerdeman, L.A.E., **Krabbe-Timmerman, I.S.**, et al. 2020, „Decisional conflict in breast cancer patients considering immediate breast reconstruction”, *Breast*, vol. 55, Epub 2020 Dec 9, pp. 91-97.

#### SPOEDEISENDE HULP

Haak, S.L., Renken, I.J., Jager, L.C., **Lameijer, H.**, et al. 2020, „Diagnostic accuracy of point-of-care lung ultrasound in COVID-19”, *Emergency medicine journal*, Epub 2020 Nov 18.

Komdeur, A., **Theunissen, J.**, Stolmeijer, R., **Lameijer, H.**, et al. 2021, „Fortune telling: predicting hospital admissions to improve emergency department outflow”, *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*, vol. 28, no. 1, pp. 77-78.

Schmitz, D., Vos, M., Stolmeijer, R., **Lameijer, H.**, et al. 2020, „Association between personal protective equipment and SARS-CoV-2 infection risk in emergency department healthcare workers”, *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*, Epub 2020 Oct 22.

#### UROLOGIE

Baranowski, A., **Messelink, B.**, Wesselmann, U., et al. 2021, „Reply to Goebel and Molloy”, *Pain*, vol. 162, no. 1, pp. 321-322.

#### VERPLEEGKUNDE

**Cingel, M.v.d.** & Brouwer, J. 2021, „What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change”, *Nursing philosophy*, Epub 2021 Jan 15, pp. e12343.

**Cingel, M.v.d.**, Bulle-Smid, L., Holterman, S., et al. 2020, „From clinical reasoning to ehealth interventions; a study on how nurses assess care and ehealth in home care”, *Nurse education in practice*, Epub 2020 Nov 24.

#### Verkorte Productinformatie Enerzair® Breezhaler® 114 microgram/46 microgram/ 136 microgram inhalatiepoeder in harde capsules

**Samenstelling** Elke capsule bevat 150 microgram indacaterol (als acetaat), 63 microgram glycopyrroniumbromide overeenkomend met 50 microgram glycopyrronium en 160 microgram mometasonfuroaat. Elke afgeleverde dosis bevat 114 microgram indacaterol (als acetaat), 58 microgram glycopyrroniumbromide overeenkomend met 46 microgram glycopyrronium en 136 microgram mometasonfuroaat. Bevat lactose. **Indicatie** Als onderhoudsbehandeling van astma bij volwassen patiënten die niet voldoende onder controle zijn met een onderhoudscombinatie van een langwerkende bèta2-agonist en een hoge dosis van een inhalatiecorticosteroid en die een of meer astma-exacerbaties doormaakten in het voorgaande jaar. **Farmacotherapeutische groep** Geneesmiddelen voor obstructieve luchtwegaandoeningen, adrenergica in combinatie met anticholinergica incl. drievoudige combinaties met corticosteroiden. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Waarschuwingen** Dit geneesmiddel mag niet worden gebruikt voor de behandeling van acute astmasymptomen, waarvoor een kortwerkende bronchodilatator noodzakelijk is. Als verschijnselen die duiden op allergische reacties optreden, moet de behandeling onmiddellijk worden gestaakt en moet een alternatieve behandeling worden gestart. Net als bij andere inhalatietherapie, kan toediening van dit geneesmiddel leiden tot paradoxale bronchospasmen, die levensbedreigend kunnen zijn. Als dit gebeurt, moet de behandeling onmiddellijk worden stopgezet en moet een alternatieve behandeling worden gestart. Net als andere geneesmiddelen die bèta<sub>2</sub>-adrenerge agonisten bevatten, kan dit geneesmiddel een klinisch significant cardiovasculair effect teweegbrengen bij sommige patiënten. Dit wordt waargenomen als toename in de polsslag, verhoging van de bloeddruk en/of meer symptomen. Als dergelijke effecten optreden, kan het nodig zijn de behandeling stop te zetten. Dit geneesmiddel dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen, convulsieve aandoeningen of thyrotoxicose, bij patiënten die ongevoelig reageren op bèta<sub>2</sub> adrenerge agonisten, bij patiënten met een bekende of vermoede verlenging van het QT-interval of die worden behandeld met geneesmiddelen die het QT-interval beïnvloeden. Bèta<sub>2</sub> adrenerge agonisten kunnen een significante hypokaliëmie teweegbrengen, wat ongewenste cardiovasculaire effecten kan veroorzaken. Bij patiënten met ernstig astma kan dit worden versterkt door hypoxie en co-medicatie die de gevoeligheid voor hartaritmie kan verhogen. Inhalatie van hoge doses bèta<sub>2</sub> adrenerge agonisten en corticosteroiden kan een stijging van de plasmaglucosespiegel veroorzaken. De plasmaglucosespiegel moet vaker worden gecontroleerd bij patiënten met diabetes. Net als andere anticholinergica moet dit geneesmiddel met voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met nauwe kamerhoekglaucoom of urineretentie. Bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis, met inbegrip van patiënten met nierziekte in het eindstadium die dialyse vereist, is voorzichtigheid geboden. Systemische effecten van inhalatiecorticosteroiden kunnen voorkomen, met name bij hoge doses die langdurig worden voorgeschreven. Dit geneesmiddel moet met voorzichtigheid worden toegediend aan patiënten met longtuberculose of bij patiënten met chronische of onbehandelde infecties. **Bijwerkingen** Zeer vaak nasofaryngitis, astma (exacerbatie). Vaak bovenste luchtweginfectie, candidiasis, urineweginfectie, overgevoeligheid, hoofdpijn, tachycardie, orofaryngeale pijn, hoesten, dysfonie, gastro-enteritis, musculoskeletale pijn, spierspasmen, pyrexie. Soms hyperglykemie, cataract, droge mond, huiduitslag (rash), pruritus, dysurie. **Afleverstatus UR Verpakking en prijs** Zie Z-Index. **Vergoeding** Volledig vergoed. **Registratiehouder** Novartis Europharm Limited **Lokale vertegenwoordiger** Novartis Pharma B.V., Haaksbergweg 16, 1101 BX Amsterdam **Meer informatie** Voor meer informatie kunt u bellen met 088-0452111. De volledige productinformatie kunt u raadplegen via [www.novartis.nl/medicijnen](http://www.novartis.nl/medicijnen). **Datering verkorte productinformatie** november 2020

#### Lees voor gebruik de gebruiksaanwijzing in de verpakking van ENERZAIR® BREEZHALER® met sensor.

Het Propeller Health System is een CE gemarkeerd medisch hulpmiddel. Reciprocal Labs Corporation, Verenigde Staten, is de fabrikant van de Propeller Health System. De bevoegde vertegenwoordiger van de fabrikant in de Europese Unie is Resmed SAS. Informatie over het veilig gebruik van het product, het beoogde doeleind en speciale voorzorgsmaatregelen zijn te vinden in de gebruiksaanwijzing. Zorg ervoor dat u deze gebruiksaanwijzing leest voordat u het product gebruikt. De Propeller sensor en de app zijn te gebruiken met ENERZAIR® BREEZHALER®. Voor informatie over ENERZAIR® BREEZHALER® kunt u bij uw behandelend arts terecht. Novartis Europharm Ltd, Ierland is de vergunninghouder voor het in handel brengen van ENERZAIR® BREEZHALER® in de Europese Unie.



## VAKANTIES VOOR OUDEREN

Er even lekker tussenuit in eigen land en genieten van een volledig verzorgd verblijf? Met of zonder zorgvraag, u bent van harte welkom! Kom gerust samen met uw eventuele partner, vriend(in) of mantelzorgers.



*"Gezelligheid, leuke uitstapjes en behulpzame vrijwilligers."*

Vraag nu kosteloos onze brochure aan via **0318 - 48 51 83**



**allegoeds**  
vakanties  
Nooit te oud voor vakantie!

Allegoeds Vakanties  
Molenweg 49a  
6741 KK Lunteren

Telefoon (0318) 48 51 83  
[info@allegoedsvakanties.nl](mailto:info@allegoedsvakanties.nl)  
[www.allegoedsvakanties.nl](http://www.allegoedsvakanties.nl)



WE BELIEVE THAT COLOR  
MAKES YOU HAPPY,  
SO MIX & MATCH OUR  
HOME & FASHION PRODUCTS  
TO MAKE YOUR OWN  
PERSONAL STYLE!



FIND US!

[www.imbarro.nl](http://www.imbarro.nl)  
[info@imbarro.nl](mailto:info@imbarro.nl)  
T. +31 055 5422766



**imbarro**  
Home & Fashion

FIND YOUR NEAREST IMBARRO STORE AT | [IMBARRO.NL/MAPLIST](http://IMBARRO.NL/MAPLIST)

**PecFent 100 microgram en 400 microgram/spray, neusspray, oplossing**  
**Samenstelling:** Elke ml oplossing bevat ofwel 1000 mcg of 4000 mcg fentanyl (als citraat). Elke spray (100 microliter) bevat ofwel 100 mcg of 400 mcg fentanyl (als citraat). Elke fles PecFent 100 mcg bevat 2 of 8 sprays. Elke fles PecFent 400 mcg bevat 8 sprays. **Indicatie:** Onder controle houden van doorbraakpijn (BTP) bij volwassenen die al een onderhoudstherapie met opioïden ondergaan voor chronische kankerpijn. Onderhoudstherapie wordt gedefinieerd als ten minste 60 mg orale morfine per dag, ten minste 25 mcg transmurale fentanyl per uur, ten minste 30 mcg oxycodon per dag, ten minste 8 mg oraal hydromorfon per dag of een equianalgetische dosis van een ander opioïd gedurende een week of langer. **Dosering en wijze van toediening:** De behandeling dient te worden geïnitieerd door, en onder toezicht te blijven van, een arts die ervaring heeft in de toepassing van opioïdentherapie bij kankerpatiënten. PecFent dient te worden getitreerd tot een effectieve dosis die adequate analgesie biedt en bijwerkingen tot een minimum beperkt. **Aanvangsdosis:** Eén spray van 100 mcg; patiënten moeten ten minste 4 uur wachten alvorens een volgende BTP-episode met PecFent te behandelen. **Titratie:** Als de aanvangsdosis geen effect heeft, kan voor de volgende BTP-episode een hogere dosis van twee sprays van 100 mcg (één in elk neusgat) worden gebruikt. Als deze dosis niet helpt, kan men de patiënt een fles PecFent 400 mcg/spray voorschrijven en opdragen over te schakelen op één spray van 400 mcg voor de volgende pijnepisode. Als deze dosis niet helpt, kan men de patiënt opdragen de dosis te verhogen naar twee sprays van 400 mcg (één in elk neusgat). Zodra een effectieve dosis is bereikt, dient deze gedurende twee opeenvolgende behandelde BTP-episoden te worden bevestigd. **Onderhoud:** Patiënten dienen door te gaan met het gebruiken van de vastgestelde effectieve dosis tot maximaal 4 doses per dag. **Dosisbijstelling:** De dosis van PecFent dient alleen te worden verhoogd als de dag gebruikte dosis de BTP gedurende een aantal opeenvolgende episoden niet adequaat kan behandelen. Herzie de achtergrondtherapie met opioïden als de patiënt constant meer dan vier BTP-episoden per 24 uur heeft. Verlaag de dosis van PecFent als bijwerkingen ondraaglijk zijn of aanhouden. **Stoppen met de behandeling:** Men dient onmiddellijk te stoppen met de behandeling met PecFent wanneer de patiënt geen BTP-episoden meer ervaart. De behandeling voor achtergrondpijn dient volgens voorschrift te worden voortgezet. Als stoppen met de gehele opioïdentherapie nodig is, moet de patiënt nauwlettend worden gevolgd door de arts, daar geleidelijke afnemende titratie noodzakelijk is om ontwenningseffecten te voorkomen. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of hulpstoffen. Patiënten zonder opioïdenonderhoudstherapie omdat er een verhoogd risico op ademhalingsdepressie is. Ernstige ademhalingsdepressie of zelfs ernstige obstructieve longaandoeningen. Behandeling van een acute pijn anders dan doorbraakpijn. **Waarschuwingen en voorzorgen:** PecFent bevat fentanyl in een hoeveelheid die fataal kan zijn voor een kind en daarom dient PecFent buiten het zicht en bereik van kinderen te worden gehouden. Om de risico's van bijwerkingen tot een minimum te beperken en om de effectieve dosis te bepalen, is het belangrijk dat patiënten tijdens de titratieperiode nauwlettend worden gemonitord. Het is belangrijk dat de behandeling met langwerkende opioïden voor het behandelen van de persisterende pijn van de patiënt is gestabiliseerd voordat de therapie met PecFent begint. Na herhaalde toediening van opioïden als fentanyl kunnen zich tolerantie en afhankelijkheid ontwikkelen. Ook moet in geval van onvoldoende pijncontrole na een verhoogde dosis fentanyl rekening worden gehouden met de mogelijkheid van door opioïden geïnduceerde hyperalgesie. Er is een klinisch significant risico op ademhalingsdepressie bij gebruik van fentanyl, maar chronisch opioïdengebruik verlaagt dit risico. Bij patiënten met chronisch obstructieve longziekten kan fentanyl ernstiger bijwerkingen veroorzaken. PecFent dient met uiterste voorzichtigheid te worden toegediend aan patiënten met verhoogde intracranële druk. Fentanyl kan bradycardie veroorzaken; PecFent dient daarom voorzichtig te worden gebruikt bij patiënten met eerder opgetreden of bestaande bradycardiëmieën. Ook bij patiënten met hypovolemie en hypotensie dient men behandeling zorgvuldig te overwegen. Men dient voorzichtig te zijn met het toedienen van PecFent aan patiënten met lever- of niërsufficiëntie; aangetoond is dat bij intraveneuze toediening de klaring van fentanyl verandert bij lever- en niërsufficiëntie; als gevolg van veranderingen in metabolische klaring en plasmaproteïnen. Voorzichtigheid is geboden wanneer PecFent gelijktijdig wordt toegediend met geneesmiddelen die de serotonerge neurotransmittersystemen beïnvloeden. Indien serotoninesyndroom wordt vermoed, dient behandeling met PecFent te worden gestaakt. De veiligheid en werkzaamheid van PecFent bij kinderen onder de leeftijd van 18 jaar zijn niet vastgesteld. **Bijwerkingen:** Met PecFent zijn de voor opioïden typerende bijwerkingen te verwachten. De ernstigste mogelijke bijwerkingen zijn respiratoire depressie, circulatoire depressie, hypotensie en shock; alle patiënten dienen daarop te worden gemonitord. **Vaak:** oersienatie, dysgeusie, duizeligheid, somnolentie, hoofdpijn, epistaxis, rinorroe, nasaal ongemak, braken, nausea, constipatie en pruritus. Voorschrijvers dienen de SPC te raadplegen voor andere bijwerkingen. **Nummers van handelsvergunning:** EU/1/0/G/644/001-7. **Houder van handelsvergunning:** Kyowa Kirin Holdings B.V., Bloemlaan 2, 2132NP Hoofddorp, Nederland. De volledige productinformatie (SmPC) is op aanvraag verkrijgbaar bij Kyowa Kirin Pharma B.V., tel. 0900-1231236. **Afleveringsstatus:** UR. **Vergoeding en prijzen:** PecFent wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-index taxe. **Datum:** Jun 2018 (v2).

**Referenties:** 1. Fisher A, Walling M, Smith A et al. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 2010;48(12):860-867 2. Watts P and Smith A *Expert Opin Drug Deliv* 2009;6(5):543-553 3. Castile J, Cheng Y, Simmons B et al. *Drug Dev Ind Pharm.* 2013;39(5):816-824 4. Portenoy KR, Raffaelli W, Torres LM et al. *J. Opioid Manag.* 2010;6(5):319-328 5. Samenvatting van de productkenmerken PecFent, september 2018

KKI/NL/PEC/0028

**Kyowa KIRIN**

#### Verkorte productinformatie Saxenda®

**Naam:** Saxenda® 6 mg/ml oplossing voor injectie in een gevulde pen. **Samenstelling en farmaceutische vorm:** liraglutide 6 mg/ml, oplossing voor injectie. **Indicaties:** Saxenda® is geïndiceerd als aanvulling op een calorieram dieet en verhoogde lichamelijke activiteit ten behoeve van gewichtsbeheersing bij volwassen patiënten met een aanvankelijke BMI (Body Mass Index) van: ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> (obese), of ≥ 27 kg/m<sup>2</sup> tot < 30 kg/m<sup>2</sup> (overgewicht) die ten minste één gewichtsgerelateerde comorbiditeit hebben, zoals dysglykemie (prediabetes of diabetes mellitus type 2), hypertensie, dyslipidemie of obstructieve slaapapneu. Behandeling met Saxenda® moet worden gestaakt als de patiënt na 12 weken gebruik van de dosering van 3,0 mg niet ten minste 5% van zijn aanvankelijke lichaamsgewicht is kwijtgeraakt. **Dosering en wijze van toediening:** De startdosis is 0,6 mg eenmaal daags. De dosis moet worden verhoogd naar 3,0 mg eenmaal daags in stappen van 0,6 mg met tussenpozen van ten minste één week om de gastro-intestinale verdraagbaarheid te verbeteren. Als verhoging naar de volgende dosistap gedurende twee opeenvolgende weken niet wordt verdragen, moet worden overwogen de behandeling te staken. Doseringen hoger dan 3,0 mg per dag worden niet aanbevolen. Saxenda® is uitsluitend bestemd voor subcutaan gebruik. Het mag niet intraveneus of intramusculair worden toegediend. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Belangrijkste waarschuwingen:** Om het terugvinden van de herkomst van biologics te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. Er is geen klinische ervaring bij patiënten met congestief hartfalen NYHA-klasse IV en liraglutide wordt daarom niet aanbevolen voor gebruik bij deze patiënten. De veiligheid en werkzaamheid van liraglutide voor gewichtsbeheersing zijn niet vastgesteld bij patiënten: van 75 jaar of ouder; behandeld met andere producten voor gewichtsbeheersing, met obesitas secundair aan endocrinologische stoornissen, aan eetoornissen of aan de behandeling met geneesmiddelen die gewichtsname kunnen veroorzaken, met ernstige niërsufficiëntie; met ernstige leverinsufficiëntie. Gebruik bij deze patiënten wordt niet aanbevolen. Het gebruik van liraglutide voor gewichtsbeheersing is niet onderzocht bij patiënten met lichte of matig ernstige leverinsufficiëntie. Er is beperkte ervaring bij patiënten met IBD (Inflammatory Bowel Disease) en diabetische gastroparese. Het gebruik van liraglutide wordt niet aanbevolen bij deze patiënten. Acute pancreatitis is waargenomen bij het gebruik van GLP-1-receptoragonisten. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de kenmerkende symptomen van acute pancreatitis. Als er een vermoeden van pancreatitis bestaat, moet het gebruik van liraglutide worden gestaakt. Als acute pancreatitis bevestigd is, moet niet opnieuw met liraglutide worden begonnen. In klinische studies voor gewichtsbeheersing zijn bij patiënten behandeld met liraglutide meer gevallen van cholelithiasis en cholelithiasis waargenomen dan bij patiënten behandeld met placebo. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de kenmerkende symptomen van cholelithiasis en cholelithiasis. Liraglutide moet met de nodige voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met een schildklieraanbioening. Een stijging in de hartfrequentie is waargenomen bij gebruik van liraglutide in klinische studies. Patiënten moeten worden geïnformeerd over de symptomen van een verhoogde hartfrequentie. Bij patiënten met een klinisch relevante blijvende stijging van de hartfrequentie in rust, moet de behandeling met liraglutide worden gestaakt. Klachten en symptomen van dehydratie werden gemeld bij patiënten die behandeld zijn met GLP-1-receptoragonisten. Patiënten die behandeld worden met liraglutide moeten worden geïnformeerd over het potentiële risico op dehydratie met betrekking tot gastro-intestinale bijwerkingen en moeten voorzorgsmaatregelen nemen om een vochttekort te voorkomen. Patiënten met diabetes mellitus type 2 die liraglutide krijgen in combinatie met insuline en/of een sulfonylureumderivaat hebben mogelijk een verhoogd risico op hypoglykemie. Bij patiënten met diabetes mellitus mag Saxenda® niet worden gebruikt als een vervanger van insuline. Diabetische ketoacidose is gemeld bij insuline-afhankelijke patiënten na snelle stopzetting of dosisverlaging van insuline. **Bijwerkingen:** Samenvatting van het veiligheidsprofiel: Saxenda® werd op veiligheidsgevalveerd in 5 dubbelblindde, placebogecontroleerde studies bij 5.813 patiënten met obesitas of overgewicht en ten minste één gewichtsgerelateerde comorbiditeit. De meest frequent (zeer vaak) gemelde bijwerkingen tijdens klinisch onderzoek waren: aandoeningen van het maagdarmsstelsel, waaronder misselijkheid, braken, diarree en obstipatie. De meeste gastro-intestinale bijwerkingen waren mild tot matig ernstig en voorbijgaand van aard, en de meeste leidden niet tot staken van de behandeling. Zie de volledige productinformatie voor informatie over overige bijwerkingen. **Farmacotherapeutische categorie:** geneesmiddelen gebruikt bij diabetes, glucagonagonist peptide-1-agonisten (GLP-1-agonisten). **ATC-code:** A10BJ02. **Afleveringsstatus:** U.R. **Vergoeding:** Niet vergoed. **Datum:** september 2020.

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) of bij Novo Nordisk B.V. Zie voor de volledige productinformatie <http://www.ema.europa.eu>. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Denemarken.

**Referentie:** 1. SPC Saxenda®. 2. P5Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med.* 2015;373(1):1122.

**Novo Nordisk B.V.**  
Postbus 443  
2400 AK Alphen aan den Rijn  
T + 31 (0)172 44 94 94  
informatie@novonordisk.com  
novonordisk.nl



0221-HCP NL21S000003 Novo Nordisk® en Saxenda® zijn geregistreerde handelsmerken van Novo Nordisk A/S.

#### Verkorte productinformatie Fiasp®

▼ **Fiasp®.** Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. **Naam:** Fiasp® FlexTouch® 100 eenheden/ml, Fiasp® Penfill® 100 eenheden/ml; Fiasp® oplossing voor injectie in injectieflesflacon 100 eenheden/ml, Fiasp® PumpCart® 100 eenheden/ml. **Samenstelling en farmaceutische vorm:** Insuline aspart 100 eenheden/ml; oplossing voor injectie. **Indicaties:** Behandeling van diabetes mellitus bij volwassenen, adolescenten en kinderen van 1 jaar en ouder. **Dosering en wijze van toediening:** Fiasp® is een maaltijdinsuline voor subcutane toediening. Fiasp® moet 0 tot 2 minuten voor het begin van de maaltijd worden toegediend, met de mogelijkheid tot toediening tot maximaal 20 minuten na het begin van de maaltijd. Bij kinderen is deze mogelijkheid er in situaties waarbij er onzekerheid is over de maaltijdinname. De dosering van Fiasp® is per persoon verschillend en wordt bepaald in overstemming met de behoeften van de patiënt. Fiasp® bestaat uit subcutane injectie moet worden gecombineerd met ten minste eenmaal daags toegediende middellang- of langwerkende insuline. In een behandeling met een basaalbolusregime kan Fiasp® voorzien in ongeveer 50% van de behoefte en kan in de rest worden voorzien door middellang of langwerkende insuline. Een nauwgezette controle van de bloedglucosepiegel verdient aanbeveling tijdens het overschakelen van andere maaltijdinsulines en gedurende de eerste weken daarna. Er kan worden overgeschakeld van een andere maaltijdinsuline op basis van eenheid op eenheid. Een patiënt overschakelen, van een ander type of merk insuline of van insuline van een andere fabrikant, op Fiasp® moet strikt medisch toezicht plaatsvinden en kan een dosisaanpassing noodzakelijk maken. Fiasp® kan worden gebruikt voor CSII in pompen die geschikt zijn voor insuline-infusie en zal voorzien in zowel de behoefte aan bolusinsuline (ongeveer 50%) als basale insuline. Zo nodig kan Fiasp® intraveneus worden toegediend door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Belangrijkste waarschuwingen:** Fiasp® PumpCart® is alleen voor gebruik met een insuline-infusiepompstelsel dat ontworpen is voor gebruik met deze patroon. Hypoglykemie kan optreden als de insulinedosis te hoog is ten opzichte van de insulinebehoefte. Het tijdstip van de hypoglykemie weerspiegelt gewoonlijk het tijd-werkingsprofiel van de toegediende insulineformulering. Hypoglykemie kan zich na een injectie van insuline manifesteren dan bij andere maaltijdinsulines vanwege de eerder genoemde werking van Fiasp®. Omdat Fiasp® 0 tot 2 minuten voor het begin van de maaltijd moet worden toegediend, met de mogelijkheid tot toediening tot maximaal 20 minuten na aanvang van de maaltijd, moet rekening worden gehouden met de tijd tot het intreden van de werking bij het voorschrijven aan patiënten die bijkomende aandoeningen hebben of een behandeling volgen waarbij een vertraagde voedselopname te verwachten is. Nauwlettende controle van de bloedglucosepiegels bij pediatrische patiënten wordt aanbevolen wanneer Fiasp® na het begin van de laatste maaltijd van de dag wordt toegediend om nachtelijke hypoglykemie te voorkomen. Het gebruik van verkeerde doses of het afbreken van de behandeling kan, in het bijzonder bij patiënten die insuline nodig hebben, leiden tot hyperglykemie en diabetische ketoacidose. Patiënten moeten worden geïnstrueerd om de injectieplaats telkens af te wisselen om het risico op het ontstaan van lipodystrofie en cutane amyloidose te beperken. Het overschakelen van een patiënt op een ander type of merk insuline moet geschieden onder strikt medisch toezicht. Bijkomende ziekten, vooral infecties en ziekten die gepaard gaan met koorts, verhogen in het algemeen de insulinebehoefte van de patiënt. Er zijn gevallen van hartfalen gemeld wanneer thiazolidinediënen werden gebruikt in combinatie met insuline, in het bijzonder bij patiënten met risicofactoren voor het ontwikkelen van hartfalen. Intensivering of snelle verbetering van de glucoseregulatie is in verband gebracht met een voorbijgaande, reversibele oftalmologische refractieaanbioening, acute pijnlijke periferie neuropathie, acute pijnlijke perifere neuropathie en perifer oedeem. Patiënten en zorgverleners mogen nooit een injectiepuut gebruiken om het geneesmiddel op te trekken uit een patroon of FlexTouch®. Insuline-toediening kan de vorming van insuline-antlichamen veroorzaken. Patiënten moeten worden geïnstrueerd om altijd voor elke injectie het etiket van de insuline te controleren om onbedoelde verwisselingen tussen Fiasp® en andere insulineproducten te vermijden. Om het terugvinden van de herkomst van biologics te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. **Bijwerkingen:** Samenvatting van het veiligheidsprofiel. De meest frequent gemelde bijwerkingen tijdens de behandeling is hypoglykemie. Het risico op hypoglykemie is het hoogst bij patiënten met een laag glucosegehalte en/of laag dehydraties en reacties op de injectie-/infusieplaats; soms overgevoeligheid en lipodystrofie; niet bekend – analytische reacties, cutane amyloidose. **Farmacotherapeutische categorie:** Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes. Insulines en analogen voor injectie, ATC-code A10AB05. **Afleveringsstatus:** U.R. **Vergoeding:** Volledig vergoed. **Datum:** september 2020.

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) of bij Novo Nordisk B.V. Novo Nordisk B.V., Postbus 443, 2400 AK Alphen aan den Rijn; Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Denemarken. Telefoonnummer: 0172 - 449494, E-mail: informatie@novonordisk.com. Zie voor volledige productinformatie <http://www.ema.europa.eu>

**Referentie:** 1. SPC Fiasp®

**Novo Nordisk B.V.**  
Postbus 443  
2400 AK Alphen aan den Rijn  
T + 31 (0)172 44 94 94  
informatie@novonordisk.com  
novonordisk.nl



NL21FSP0007 Novo Nordisk® en Fiasp® zijn geregistreerde handelsmerken van Novo Nordisk A/S.

#### Verkorte productinformatie D-Cura 25.000 IE en D-Cura 100.000 IE, drankampul D-Cura 25.000 IE, harde capsule D-Cura 2.400 IE/ml, druppelflacon (cholecalciferol)



**Samenstelling:** D-Cura bevat per drankampul van 1 ml oplossing 0,625 mg cholecalciferol (25.000 IE) respectievelijk 2,5 mg cholecalciferol (100.000 IE). D-Cura 25.000 IE, harde capsule bevat 0,625 mg cholecalciferol. D-Cura 2.400 IE/ml druppelflacon met 10 ml oplossing (per druppel 66,7 IE). **Indicatie:** D-Cura is geïndiceerd voor de aanvangsbehandeling van vitamine D-deficiëntie. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor de werkzame stof of één van de hulpstoffen, hypercalciëmie en/of hypercalciurie, nephrolithiasis, ernstige niërsufficiëntie, hypervitaminose D, pseudo-hypoparathyroidisme (de vitamine D behoefte kan zijn afgnomen als gevolg van fasen van de normale vitamine D-gevoeligheid, pediatrische patiënten (<18 jaar)). **Dosering:** De dosering dient individueel te worden bepaald door de behandelend arts. De aanbevolen dosering is één capsule van 25.000 IE wekelijks. Na de eerste maanden kunnen lagere doses worden overwogen, afhankelijk van de gewenste serumspiegel (25(OH)D), de ernst van de ziekte en de respons van de patiënt. Als alternatief kunnen de nationale doseringsaanbevelingen voor de behandeling van vitamine D-deficiëntie worden gevolgd. Als startdosering voor de behandeling van vitamine D-deficiëntie onder medisch toezicht, voor de drankampullen wordt een enkelvoudige dosering of een cumulatieve dosis van 100.000 IE, over een periode van 1 week, aanbevolen. 1 ampul van D-Cura 100.000 IE kan worden voorgeschreven als een enkele dosis per week of als 4 ampullen of capsules van D-Cura 25.000 IE verdeeld over meerdere giften per week. Noodzakelijke aanvullende behandeling met D-Cura moet worden besloten door de behandelend arts. Voor het doseringsadvies van de D-Cura 2.400 IE/ml druppels zie de bijbehorende SmPC. Serumconcentraties van 25-hydroxycholecalciferol en calcium dienen gecontroleerd te worden na de start van de behandeling. De noodzaak voor verdere monitoring kan individueel worden bepaald aan de hand van de toegediende dosis en de behoeften van de patiënt. Voor de behandeling van vitamine D-deficiëntie dient een aanvangsdosis gevolgd te worden door een onderhoudstherapie cholecalciferol. Onderhoudstherapie vereist lagere cholecalciferol doseringen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Tijdens een langdurige behandeling met D-Cura, moet het calciumgehalte in het serum en in de urine regelmatig worden gecontroleerd en de nierfunctie dient gecontroleerd te worden door meting van de serum-creatinine gehaltes. Deze controles zijn vooral belangrijk bij oudere patiënten en bij gelijktijdige behandeling met cardiale glycosiden of diuretica. In het geval van hypercalciëmie of tekenen van een verminderde nierfunctie, moet de dosis worden verlaagd of de behandeling worden onderbroken. Het wordt aanbevolen om de dosis te verlagen of de behandeling te onderbreken als het calciumgehalte in de urine een waarde van 7,5 mmol/24 uur (300 mg/24 uur) overschrijdt. Voorzichtigheid bij patiënten met een gestoorde nieruitscheiding van calcium en fosfaat, bij behandeling met benzothiadiazine derivaten en bij geïmmobiliseerde patiënten (risico van hypercalciëmie en hypercalciurie). Ook voorzichtigheid bij patiënten die lijden aan sarcoidose, in verband met het risico op een verhoogde omzetting van vitamine D naar zijn actieve metaboolie. Calciumwaarden van serum en urine dienen bij al deze patiënten regelmatig te worden gecontroleerd. Als nog andere vitamine D-bevattende geneesmiddelen worden voorgeschreven, dient men rekening te houden met de dosering van D-Cura. De extra toediening van vitamine D of calcium dient alleen te worden uitgevoerd onder medisch toezicht. Fenytoïne of barbituraten kunnen de werking van vitamine D verminderen. Thiazidediuretica kunnen leiden tot hypercalciëmie als gevolg van verminderde uitscheiding van calcium via de nieren. Gelijktijdige toediening van glucocorticoïden kan de werking van vitamine D verminderen. De toxiciteit van hartglycosiden kan toenemen gedurende de behandeling met vitamine D door een verhoogd calciumgehalte (risico op hartritmestoornissen). De ECG waarden alsmede de calcium niveau van het plasma en urine dienen regelmatig te worden gecontroleerd bij deze patiënten. Gelijktijdige behandeling met ionenuitswisselingszouts cholestyramine of laxantia zoals paraffinolie kan de gastro-intestinale absorptie van vitamine D verminderen. Het cytotoxische middel actinomycine en imidazole (antischimmel middel) interfereren met de vitamine D-activiteit door het remmen van de omzetting van 25-hydroxyvitamine D in 1,25-dihydroxyvitamine D door het nierenzym 25-hydroxyvitamine D-1-hydroxylase. **Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding:** D-Cura mag alleen tijdens de zwangerschap worden gebruikt als dit strikt noodzakelijk is en alleen bij doses die absoluut noodzakelijk zijn om het gebrek te elimineren. Overdosering van vitamine D moet worden vermeden tijdens de zwangerschap, omdat langdurige hypercalciëmie kan leiden tot lichamelijke en mentale retardatie, supravalvulaire aortastenose en retinopathie bij het kind. Vitamine D en zijn metaboliolite wordt uitgescheiden in de moedermelk. Overdosering bij kinderen ten gevolge van borstvoeding is niet waargenomen. Er is in reproductietoxiciteitsstudies geen effect op de vruchtbaarheid waargenomen met cholecalciferol. **Raadpleeg de volledige productinformatie (SmPC) alvorens voor te schrijven.**

#### VERKORTE PRODUCTINFORMATIE RINVOQ® ▽ (februari 2020)

**Naam en samenstelling:** RINVOQ 15 mg tabletten met verlengde afgifte. Elke tablet met verlengde afgifte bevat upadacitinib-hemihydraat, overeenkomend met 15 mg upadacitinib. **Indicaties:** RINVOQ is geïndiceerd voor de behandeling van matige tot ernstige actieve reumatoïde artritis bij volwassen patiënten die onvoldoende hebben gereageerd op of niet meer geresponeerd op een combinatie van conventionele disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) of die niet kunnen vertolgen RINVOQ kan worden gebruikt als monotherapie of in combinatie met methotrexaat. **Dosering (en wijze van toediening):** De aanbevolen dosis upadacitinib is 15 mg eenmaal daags. Een behandeling mag niet worden ingezet bij patiënten met een absolute lymfocytentelling (ALC) < 500 cellen/mm<sup>3</sup>, een absolute neutrofielentelling (ANC) < 1.000 cellen/mm<sup>3</sup> of een hemoglobinewaarde (Hb) < 8 g/dl. Zie rubriek 4.2 in de volledige SmPC voor overige informatie over dosering, laboratoriumwaarden en behandelduur. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Actieve tuberculose (tb) of actieve ernstige infecties. Ernstige leverinsufficiëntie. **Zwangerschap, Waarschuwingen:** Combinatie met andere krachtige immunosuppressiva zijn niet in klinische onderzoeken geëvalueerd en worden niet aanbevolen, omdat een risico op versterkte immunosuppressie niet is worden uitgesloten. Er is bij patiënten die upadacitinib kregen melding gemaakt van ernstige en soms dodelijke infecties (pneumonie, cellulitis en bacteriële meningitis) en van opportunistische infecties (tuberculose, multidermatomale herpes zoster, orale/oesofageale candidiase en cryptococcosse). Patiënten moeten zorgvuldig gecontroleerd worden op het ontstaan van tekenen en symptomen van infectie tijdens en na de behandeling met upadacitinib. De behandeling met upadacitinib moet worden onderbroken als een patiënt een ernstige of opportunistische infectie krijgt. Screen patiënten op tuberculose voordat met een behandeling met upadacitinib wordt begonnen. Upadacitinib mag niet worden gegeven aan patiënten met actieve tuberculose. In klinische onderzoeken werd melding gemaakt van virale reactivering, inclusief gevallen van reactivering van het herpesvirus (bijv. herpes zoster). Er zijn geen gegevens beschikbaar over de respons op vaccinaties met levende of geïnactiveerde vaccins bij patiënten die upadacitinib krijgen. Het gebruik van levende, verzakte vaccins tijdens of onmiddellijk voor de behandeling met upadacitinib wordt niet aanbevolen. Het risico op maligniteiten, waaronder lymfomen, is verhoogd bij patiënten met reumatoïde artritis. Immunomodulerende geneesmiddelen kunnen het risico op maligniteiten, inclusief lymfomen, verhogen. De klinische gegevens zijn momenteel beperkt. Bij ≤ 1% van de patiënten in klinische onderzoeken werd melding gemaakt van een absolute neutrofielentelling (ANC) < 1 x 10<sup>4</sup> cellen/l, absolute lymfocytentelling (ALC) < 0,5 x 10<sup>6</sup> cellen/l en hemoglobine < 8 g/dl. Patiënten met reumatoïde artritis hebben een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. De behandeling met upadacitinib werd in verband gebracht met een toename in lipideparameters, inclusief totaal cholesterol, LDL-cholesterol en HDL-cholesterol. Het effect van deze verhoogde lipidenparameters op cardiovasculaire mortaliteit en mortaliteit is niet vastgesteld. De behandeling met upadacitinib werd in verband gebracht met een toegenomen incidentie van verhoogde leverenzymen in vergelijking met placebo. Als een toename van ALAT en ASAT wordt waargenomen tijdens routinecontroles van de patiënt en door het geneesmiddel geïnduceerde leverschade wordt vermoed, moet de behandeling met upadacitinib worden onderbroken tot deze diagnose wordt uitgesloten. Vooral van diep veneuze trombose (DVT) en longembolie (LE) zijn meldingen bij patiënten die JAK-remmers, zoals upadacitinib, kregen. Upadacitinib moet voorzichtig worden gebruikt bij patiënten met een hoog risico op DVT/LE. Zie voor een volledige lijst de huidige SmPC. **Bijwerkingen:** De meest voorkomende bijwerkingen zijn infecties van de bovenste luchtwegen, misselijkheid, verhoogde creatinefosfokinase (CPK) in het bloed en hoesten. De meest voorkomende ernstige bijwerkingen waren ernstige infecties (meer informatie zie hierboven onder Waarschuwingen). Zie voor een volledige lijst de huidige SmPC.

**Farmacotherapeutische groep:** Immunosuppressiva, selectieve immunosuppressiva, **ATC code:** L04A.A44. **Afleveringsstatus:** U.R. **Registratienummer:** EU/1/19/1404/001-005. **Registratiehouder:** Abbvie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Duitsland. **De lokale vertegenwoordiger van de registratiehouder:** Abbvie B.V., Weglaan 9, 2132 JD Hoofddorp. Telefoonnummer: 088 322 2843.

*Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)) en op [www.productinformatie.abbvie.nl](http://www.productinformatie.abbvie.nl).*

▽ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden bij Nederland Bijwerkingen Centrum Lareb, website: [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) of bij Abbvie B.V. tel. 088 322 2843, e-mail: [pv.ho.nl@abbvie.com](mailto:pv.ho.nl@abbvie.com).

NL-RNQR-200031

**abbvie**

**RINVOQ®**  
upadacitinib

medisch transport | postbusservice | koeriersdiensten

**365 DAGEN PER JAAR, VAN 8.00 TOT 24.00 UUR**  
**STAAN WIJ VOOR U KLAAR!**

**OOK TIJDENS DE AVONDKLOK!**

James Wattstraat 4 | 8912 AR Leeuwarden  
☎ 058 2037244  
✉ [info@pbrunner.nl](mailto:info@pbrunner.nl) | [www.pbrunner.nl](http://www.pbrunner.nl)

**Uw transport. Onze zorg!**

toegiftnl

‘Doordat ik aan een goed doel nalaat, hoeft er geen erbelasting betaald te worden.’

‘Ik bepaal liever zelf waar mijn geld heen gaat.’

Kijk op toegiftnl en ontdek hoe uw idealeen kunnen voortleven door na te laten aan een goed doel.

# Een snelle insuline-respons bij de maaltijd<sup>1</sup>

Voor behandeling van diabetes mellitus bij volwassenen, jongeren en kinderen van 1 jaar en ouder.<sup>1</sup>



**Bijwerkingen:** De meest frequent gemelde bijwerking bij gebruik van Fiasp<sup>®</sup> is hypoglykemie. Hypoglykemie kan eerder optreden na een injectie met Fiasp<sup>®</sup> vergeleken met andere maaltijdinsulines vanwege de eerder intredende werking.

<sup>1</sup> SPC Fiasp<sup>®</sup>