

EXPLORARE

VIZIER OP WETENSCHAP - MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN

Jaargang 5 - nummer 1 - Februari 2020

MCL eerste ziekenhuis dat onderzoek doet naar zoutopslag in huid van verschillende mensen

pagina 18

Wetenschap, een serieuze zaak - pagina 17
Reumatoloog met passie voor onderzoek werkt samen met nobelprijswinnaar - pagina 8



**METASTASEN OF GEEN METASTASEN?
START OP TIJD MET XTANDI**

na progressie op ADT^{1-3,*}

INHOUD

- 04 Nieuws & ontwikkelingen**
- 07 Column: RCT als gouden standaard**
- 08 Reumatoloog met passie voor onderzoek werkt samen met nobelprijswinnaar**
- 11 Wetenschap Infographic**
- 14 Een wereld vol onderzoekers**
- 17 Column: Wetenschap, een serieuze zaak**
- 18 'Welke factoren zorgen voor het ontstaan van hypernatriemie bij intensive care-patiënten?'**
- 22 Coassistenten beginnen onder begeleiding hun onderzoek in het MCL**
- 26 Wetenschappelijke publicaties**



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 Miedema
Rick Hondius

TEKSTEN

Leanne Miedema
Rick Hondius
Frits Mostert

AAN DEZE BIJDRAGE WERKTEN MEE

Nic Veeger
Reinhard Bos
Erica Bakum
Lampkje Bulstra
Jelle Stekelenburg
Marjolein van IJzerdoorn
Sietske Veenje
Kennis en informatiecentrum

FOTOGRAFIE

Bente Dings
Wander Mollema

UITGAVE

Multiplus B.V.
Stationsweg 21, 9201 GG Drachten
Tel.: 0512-204100
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@ZNB.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.

NIEUWS & ONTWIKKELINGEN

AANKONDIGING NIEUWE LOKALE HAALBAARHEIDSPROCEDURE MULTICENTER WMO ONDERZOEK

In het kader van de nieuwe EU verordening voor de uitvoering van klinisch geneesmiddelenonderzoek (ECTR-European Clinical Trial Regulation) wordt in Nederland de procedure voor de lokale haalbaarheid van dit onderzoek aangepast.

In de huidige situatie wordt de lokale haalbaarheid vastgelegd in de onderzoeksverklaring waarbij na goedkeuring door een METC de raden van bestuur van deelnemende centra (wel al dan niet) hun akkoord geven voor deelname aan het onderzoek. Bij eventuele vragen / bedenkingen van directies gaat op dit moment veel inclusie-tijd verloren waardoor de tijdige uitvoering van onderzoek onder druk komt te staan.

Om die reden wordt de lokale haalbaarheidsprocedure aangepast. De belangrijkste wijziging is het naar voren halen van het formele akkoord van de directies van de deelnemende centra. In praktische zin betekent dit dat deelnemende centra voorafgaand aan de METC toetsing alle uitvoerbaarheidsaspecten formeel geregeld moeten hebben. Het gaat dan niet langer om

“wij kunnen het” maar een bindende afspraak van “wij doen het”.

Hiermee komt er meer druk te liggen op de lokale voorbereiding. Met name afspraken met de ondersteunende diensten moeten in een veel eerder stadium gemaakt en vastgelegd worden. Binnen het MCL zijn we bezig met de voorbereiding voor deze wijziging. De verschillende ondersteunende diensten zullen binnen de COV (Commissie onderzoeksverklaring) procedure al in vroeg stadium betrokken worden bij de haalbaarheidsbeoordeling. Deels was hier binnen het MCL met onze COV procedure al sprake van, maar dit wordt op korte termijn uitgebreid naar alle ondersteunende diensten zodat de “Verklaring Geschiktheid Onderzoekinstelling” tijdig door de Raad van Bestuur kan worden afgegeven.

Vragen over deze nieuwe procedure? Neem contact op met het wetenschapsbureau.



PHD CAFÉ - LATEN WE KENNIS DELEN

Voor de wetenschapscommissie is het van groot belang om promovendi, net beginnend, of al verder in hun traject en mensen die zich met wetenschap verbonden voelen, een plek te bieden om elkaar te ontmoeten. Om met elkaar te praten over het doen van onderzoek en

met als uiteindelijk doel dat je elkaar weet te vinden als je hulp nodig hebt of ideeën wilt delen. Met deze insteek organiseert de wetenschapscommissie ook in 2020 drie PhD cafés met verschillende thema's. We zoeken de interactie op en gaan met elkaar in discussie.

RICHTLIJN UITVOER NIET WMO-PLICHTIG ONDERZOEK

Voor medisch wetenschappelijk onderzoek waarbij er aan de patiënt geen gedragingen wordt opgelegd is een medisch-ethische toetsing conform de wet WMO niet van toepassing. Dit betekent niet dat er geen andere wetten en regels zijn waaraan moet worden voldaan. Op basis van vastgestelde bevoegdheid en bekwaamheid hebben hoofdonderzoekers toestemming om binnen het MCL niet WMO-plichtig onderzoek uit te mogen voeren. Deze (lokale) hoofdonderzoekers zijn binnen het MCL verantwoordelijk voor de inhoud en uitvoering van hun onderzoek conform de daarvoor gelden wetten en regels. Echter, wel dient eerst het niet-WMO karakter van het onderzoek door een erkende METC te worden bevestigd. Vervolgens dient het onderzoek te worden aangemeld bij het wetenschapsbureau. Daar wordt het onderzoek marginaal getoetst door de Commissie

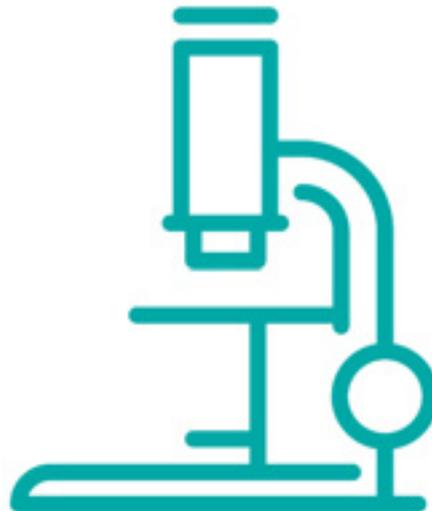
onderzoeksverklaring op met name (de noodzaak tot) het informeren van de patiëntenpopulatie en het gebruik van persoonsgegevens conform AVG. Na de positieve marginale toets zal de Raad van Bestuur een verklaring van geen bezwaar afgeven voor de uitvoer van het onderzoek.

Controle op de uitvoering van het onderzoek zal worden uitgevoerd door middel van auditing. Bij ernstige tekortkomingen in de uitvoer van het onderzoek kan de bevoegdheid voor uitvoer van WMO-plichtig onderzoek binnen het MCL door de Raad van Bestuur worden ingetrokken.

Meer weten over het opzetten en uitvoeren van niet WMO-plichtig onderzoek? Neem contact op met het wetenschapsbureau.

WETENSCHAPSSYMPOSIUM 2020

Op 31 maart 2020 van 16.00 – 21.30 uur vindt alweer de 12e editie van het MCL wetenschapssymposium plaats. Zoals elk jaar wordt er gestreden om de prestigieuze Auletiusprijs en de felbegeerde publieksprijs. Ook wordt de klinische les van de winnaar van de W.K. Brouwerprijs gepresenteerd. Door je aanwezigheid beslis jij mee over wie in 2020 de winnaar wordt van de publieksprijs. Daarnaast maak je kennis met veelbelovend onderzoek en publicaties in vooraanstaande tijdschriften waarop we trots zijn als MCL'ers. Het thema is dit jaar Medicine Based Evidence, met gastsprekers Christiaan Boerma (Intensivist MCL) en Margreet van der Cingel (lector Leiderschap & Identiteit in het Verpleegkundig domein). De middag/avond zal worden voorgezeten door Heleen Lameijer (SEH arts MCL en eigenaar Make Science Work). Aanmelden: houd het intranet van het MCL in de gaten.



Contactgegevens Wetenschapsbureau Medisch Centrum Leeuwarden
Telefoon: 058 286 1963 of
wetenschap@mclcademie.nl

Trimbow[®]

De extrafijne
triple-therapie
bij COPD¹



ICS + LABA

Step-up

LABA + LAMA

Step-up

Trimbow[®]

beclometason/formoterol/glycopyrronium (87/5/9 µg)



Indicatie: onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta-2-agonist of een combinatie van een langwerkende bèta-2-agonist en een langwerkende muscarinereceptorantagonist.¹

Referentie: 1. SmPC Trimbow[®].

Voor verkorte productinformatie zie elders in dit blad

RCT ALS GOUDEN STANDAARD

In de wereld van Evidence Based Medicine is de randomized controlled trial (RCT) nog steeds de gouden standaard voor het leveren van bewijs voor de effectiviteit en veiligheid van een behandeling die patiënten dagelijkse aangeboden krijgen. Met het RCT-design zijn de waarborgen voor een "juiste" uitkomst van onderzoek groot. We willen ten slotte geen twijfels over de werkzaamheid van een nieuwe behandeling, zeker niet als deze een "oudere" al bewezen behandeling gaat vervangen. In essentie komt het erop neer dat als we een relevant verschil in uitkomst zien we dit daadwerkelijk moeten kunnen toeschrijven aan de gegeven behandeling. Het mag niet toe te schrijven zijn aan het natuurlijk beloop van de ziekte, of aan een placebo-effect of aan bias in de beoordeling van het behandelingseffect. Alle drie zijn een ernstige bedreiging voor de interne validiteit, en de RCT geeft met haar design grip op deze aspecten. Toch mag daarmee de RCT niet verheven zijn boven alle twijfel, zelfs een "state of the art" uitgevoerde RCT niet.

Een RCT die zeer veel twijfel heeft opgeroepen is een studie uit 1999 van William Harris et al., gepubliceerd in Archives of Internal Medicine (Arch Intern Med. 1999;159:2273-2278). Met hun onderzoek, getiteld "A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit.", wilden de onderzoekers aantonen dat als er voor de patiënten gebeden wordt, dit een positief effect heeft op hun herstel tijdens een CCU opname. Daarbij is gekozen voor een dubbel-blind RCT design, waarbij op basis van randomisatie wel al dan niet gedurende 28 dagen door een "bidgroep" van 5 mensen werd gebeden voor een voorspoedig herstel zonder complicaties. Zowel de patiënten als ook de behandelaren wisten niet voor wie er gebeden werd. De studie was positief op haar primaire eindpunt,

de patiënten waarvoor gebeden was lieten een statistisch significant gunstiger cardiaal beloop zien. De onderzoekers concludeerde (nog) niet dat bidden daarmee een "bewezen" rol in de zorg moest krijgen, maar zagen er wel voldoende aanleiding in om op te roepen tot aanvullend onderzoek.

De studie heeft veel commentaar gekregen, waarbij de kans op een toevalsbevinding een voor de hand liggende is (Editor's correspondence - Arch Intern Med. 2000;160(12):1870-1878).

Nu wil ik de waarde van bidden zo rondom de Kerst (het is nu 24 december) absoluut niet ter discussie stellen. Wat mij in dit onderzoek wel heeft verbaasd is de grote inspanning om bias te voorkomen, met een sterk accent op de dubbel blinde gerandomiseerde toewijzing van de interventie. Maar hoe weten we nu zeker dat behalve een ingrijpen op het ziektebeloop van de patiënten er ook niet of met name is ingegrepen op het proces van random toewijzen, en kijken we dus toch gewoon naar een verschil in natuurlijk beloop. Eerlijk gezegd, ik weet het niet. Wel denk ik dat gegeven de aard van de te bestuderen interventie, een RCT geen oplossing was voor het voorkomen van een dergelijke bias. Wat dan over blijft is het geloof in juistheid van de onderzoeksuitkomst, en daarmee in de waarde van de interventie.

NIC VEEGER



REUMATOLOOG MET PASSIE VOOR ONDERZOEK WERKTE SAMEN MET NOBELPRIJSWINNAAR

Sinds 2010 is Reinhard Bos werkzaam als reumatoloog in het MCL. Door zijn vele plannen en creativiteit bewandelt hij niet graag gebaande paden. Tijdens zijn studie Geneeskunde raakte Bos dan ook al snel geïnteresseerd in onderzoek en bezocht hij het Johns Hopkins in Baltimore om samen te werken met Gregg L. Semenza, één van de Nobelprijswinnaars van het afgelopen jaar. Momenteel onderzoekt Bos de handscan, een nieuw apparaat dat de doorbloeding van de vingers meet.

BORSTKANKERONDERZOEK

Bos studeerde Geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Gedurende zijn studie merkte Bos dat hij op zoek was naar meer dan alleen studeren. Bos: "Naast het volgen van de colleges ben ik op zoek gegaan naar iemand die mij in mijn tweede jaar de mogelijkheid kon bieden om onderzoek te doen. Ik ben toen laboratoriumonderzoek naar borstkanker gaan doen. Bos koos ervoor om zijn coschappen uit te stellen en eerst zijn onderzoek af te gaan maken. Bos: "Het onderzoek richtte zich op zuurstofgebrek door de groei van borstkanker. Hoe meet het lichaam dat het te weinig zuurstof heeft?" Een basale vraag waar nog geen antwoord op gevonden was.

NOBELPRIJSWINNAAR

In 1995 werd bekend hoe het lichaam meet of het te weinig zuurstof heeft. Met de onderzoeksresultaten van Semenza en Wang werd de rol van HIF-1 bekend gemaakt. Bos: "HIF-1 maakt duidelijk dat elke cel als een soort stressreactie in de kern een transcriptiefactor actief maakt en daarbij eiwitten aanmaakt." De ontdekking van deze factor was van essentieel belang, omdat door de groei van cellen de kanker zichzelf gaat voorzien. Deze is in staat om in een zuurstofarme omgeving wél te groeien, maar ook om zuurstof naar zich toe te trekken. Bos: "Tijdens deze ontdekking was er toevallig net een verbinding tussen Amsterdam en het John Hopkins in Baltimore. Daaruit ontstond een samenwerking met Semenza." Bos ging langs bij het John Hopkins waar hij het aanbod kreeg om een jaar te blijven. Bos: "Ik stond op het punt te trouwen en besloot mijn onderzoek in Nederland af te maken. Vanuit de samenwerking zijn mooie publicaties voortgekomen die de basis vormden van mijn proefschrift in 2004 waarvan Semenza het voorwoord schreef."

Nu, 20 jaar later, heeft Semenza de Nobelprijs gewonnen voor zijn onderzoek naar zuurstoftekort. Bos: "Samen te hebben gewerkt met een Nobelprijswinnaar is leuk. Ik ben trots op het resultaat waar we jaren aan hebben gewerkt. Zo werd één artikel bijna 500 keer

door anderen geciteerd, dat laat zien hoe belangrijk ons onderzoek was. Dat is ook de reden dat Semenza de Nobelprijs heeft gewonnen. Hij leverde continu topwerk!" Na zijn (cum laude) promotie vervolgde Bos zijn coschappen en ontving bij het behalen van zijn MD een felicitatiebrief van Semenza. Bos: "Dat was fantastisch om te ontvangen!"

VERENIGDE STATEN

De onderzoeksomgeving in de Verenigde Staten is niet te vergelijken met die in Nederland. Bos: "Die is héél competitief. In Amerika werken ze dag en nacht, zeven dagen per week. Terwijl ik de enige was die iedere zaterdag in het laboratorium in Amsterdam nog bezig was. Daarnaast wordt in Nederland alles onderling gedeeld, iets wat in Amerika nooit zal gebeuren. Ze zijn bang dat iemand er met de informatie vandoor gaat. Eén persoon weet alles, heeft de leiding en maakt de beslissingen. Na dertig á veertig jaar autoritair leidinggeven en aansturen heeft dat voor Semenza wel geresulteerd in de Nobelprijs. Dat is een prachtige prestatie! Veel hiërarchie en weinig samenwerking, dat was niks voor mij."

REUMATOLOGIE

Tijdens zijn coschappen kwam Bos in aanraking met de reumatologie. Bos: "Met mijn switch naar reumatologie begon mijn onderzoek weer van voor af aan. Het was een moeilijke keuze, omdat ik al een mooie start had gemaakt. Maar mijn hart lag bij de reumatologie." Zo is Bos momenteel bezig met zijn onderzoek naar de handscan. Dit is een apparaat dat de hand doorlicht en opvangt wat er vervolgens doorheen komt. De zuurstof in het bloed zorgt ervoor dat het licht tegengehouden wordt, waarna vervolgens de onderarm een beetje wordt afgeknepen. Hierdoor stopt de veneuze bloedstroom en stapelt het bloed zich op in de hand. In de gebieden waar de doorschijning van de laser sneller achteruit gaat, is het zuurstofgebruik groter. Vervolgens wordt de onderarm weer vrijgegeven en wordt gemeten hoelang het duurt voordat de doorbloeding is hersteld Bos: "Het meet de doorbloeding van de vingers,



Reinhard Bos

maar verbindt geen conclusies. Wij zijn nu bezig om te onderzoeken wat de uitslag precies betekent."

HANDSCANONDERZOEK

Om de handscan beter te begrijpen is Bos een onderzoek begonnen, wat mogelijk werd gemaakt door een bijdrage van Stichting De Friesland. Hiervoor worden 600 patiënten gevolgd op de afdeling reumatologie. Voor een periode van twee jaar wordt bij ieder bezoek een handscan gemaakt. Bos: "Door een groot aantal patiënten langdurig te volgen heb je na afloop een grote hoeveelheid data. Met deze data kunnen conclusies worden getrokken en formules worden gemaakt om uit te rekenen hoe actief de reuma is." Momenteel is het onderzoek één jaar bezig en worden er vele onderzoeksvragen behandeld. Bos: "We hebben onlangs een student biomedical engineering van de Rijksuniversiteit Groningen in ons midden gehad. Die heeft een half jaar lang de gevoeligheid van het apparaat gemeten, om te kijken hoe reproduceerbaar deze is. Wat zegt de scan als iemand een kopje warme koffie heeft vastgehouden, of wanneer iemand ergens in heeft geknepen?" Zo zijn er nog meer vragen die onderzocht worden voordat de

handscan effectief in gebruik kan worden genomen. Bos: "Geen enkel apparaat is zomaar goed. Het moet veel getest worden, en er zijn altijd bevindingen waarvan je niet goed weet wat je ermee moet. Maar tot nu toe blijf ik enthousiast over de handscan!"

RESULTATEN

Over een jaar zal de data bestudeerd worden, waarna er conclusies getrokken kunnen worden. Hiermee komt er na het tweejarige onderzoek een antwoord op de onderzoeksvraag: 'waar zit de kracht van de handscan?'. Bos: "Het kan voorkomen dat je na twee jaar onderzoek tot de conclusie komt dat het een waardeloos apparaat is. Dat is iets waar we niet van uitgaan, maar waar we wel rekening mee houden. Ons doel is een bijdrage te leveren aan de wetenschap en de zorg nog beter te maken. En daarbij bieden we onderzoekers de mogelijkheid om te promoveren.

Onze onderzoeksresultaten zullen we delen op internationale congressen en publiceren in de vorm van artikelen. Het mooie van het werken in een topklinisch ziekenhuis als het MCL is dat er een werkklimaat is waarbinnen er ruimte is om de zorg voor patiënten te combineren met onderzoek en innovatie".

Voor de reductie van recidiverende episodes
van manifeste hepatische encefalopathie

Thuis zijn betekent
nog niet veilig zijn



Xifaxan[®]550
Rifaximine- α

Langdurige secundaire profylaxe bij HE^{1,2}



NORGINE
Partner for a healthy life

Wetenschapsbureau 2020/2021

Stimuleren, coördineren en bewaken van kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek binnen het MCL.

Ondersteuning Wetenschappelijk Onderzoek



Methodologische support

- Formuleren onderzoeksvraag
- Study design en protocolontwikkeling
- Werken conform GCP
- Ontwerpen database
- Dataverwerking
- Statistische analyse
- Sample size berekening
- Rapportage en publicatie



Onderzoek

- Begeleiding promovendi
- Co-onderzoeker



Begeleiding

- METC procedure
- Verkrijgen niet-WMO verklaring METC
- Schrijven patiënten informatiebrief
- Opstellen onderzoeksbegroting
- Opstellen onderzoekscontract
- Beheer onderzoeksgegevens



Trainingen

- GCP-training en (her)registratie
- Organiseren van GCP Light
- Cursus introductie in methodologie en statistiek



Wetenschapsmagazine explorare

- Medewerkers inspireren
- Deskundigheid benadrukken



Wetenschapscommissie

- Wetenschapssymposium
- Wetenschapsfonds
- PhD café
- Beleidsadviesing
- Proces inrichting



Coördinatie goedkeuringsprocedure COV

Wetenschappelijk Onderzoek in MCL

- Directie goedkeuring t.b.v. WMO-onderzoeken
- Verklaring geen bezwaar t.b.v. niet-WMO onderzoeken
- Verklaring geen bezwaar bij alleen werving door MCL

Advisering Raad van Bestuur

Een gezonde macula is vrij van vocht

Alle vormen van vocht
duiden op ziekteactiviteit.^{1,2}

Meer weten?

Neem contact op met uw Novartis Product Specialist.

Zorgatlas multipel myeloom

Visuele ondersteuning voor heldere voorlichting aan uw patiënten

- ✓ Heldere en visuele voorlichting (non-branded)
- ✓ Multidisciplinair inzetbaar
- ✓ Ontwikkeld vanuit de praktijk (Amsterdam UMC), met adviezen van patiëntenorganisatie Hematon
- ✓ Geschikt voor individuele voorlichting en in groepsverband



Vraag
het boek aan
of download
de app

C-APROM/NL/0918 Oktober 2019



Interesse?

De Zorgatlas is aan te vragen door een zorgverlener met voorschrijfbevoegdheid. Interesse of heeft u vragen? Neem dan contact met mij op:

Evelien Zomerman

Key Account Manager Noord Nederland
Evelien.zomerman@takeda.com
06 - 202 004 71


ONCOLOGY

EEN WERELD VOL ONDERZOEKERS

In het MCL wordt doorlopend onderzoek gedaan, maar voor goed onderzoek is goede begeleiding nodig. Jelle Stekelenburg biedt deze ondersteuning. Sinds 2008 werkt hij als gynaecoloog in het MCL en is daarnaast ook hoogleraar in Groningen en medisch manager van de Ziekenhuisgroep Vrije Universiteit Amsterdam. Als hoogleraar geeft Stekelenburg momenteel leiding aan twaalf onderzoekers uit verschillende landen met hun implementatieonderzoek.

ONDERZOEKONDERSTEUNING

Vanuit Nederland ondersteunt Stekelenburg twaalf onderzoekers uit de hele wereld die zich bezighouden met implementatieonderzoek. Stekelenburg: "Twee van mijn onderzoekers, Somesh Kumar uit India en Nasrat Ansari uit Afghanistan, zijn recentelijk gepromoveerd. Kumar hield zich bezig met twee belangrijke interventies: de 'safe childbirth checklist' en de zogenaamde 'post pregnancy family planning'. Ansari keek naar de mate waarin gezondheidsinstellingen in Afghanistan voorbereid zijn om patiënten met ernstige obstetrische complicaties te ontvangen." Deze onderzoeken zijn essentieel om in de toekomst de zwangerschap voor moeders en kinderen veiliger te maken in de desbetreffende landen.

BEVALLEN IN INDIA

Kumar gebruikte de door de Wereldgezondheidsorganisatie ontworpen *safe*

childbirth checklist om de kwaliteit te verbeteren.

Managers in de gezondheidszorg kunnen met deze checklist snel zien hoe het gesteld is in het ziekenhuis. Stekelenburg: "De onderzoeksvraag luidde: 'Is alles aanwezig om goede zorg te kunnen verlenen?'. Uit zijn resultaten is gebleken dat deze checklist snel tot verbeteringen leidde. Deze is vervolgens grootschalig geïmplementeerd in India." Ook hield Kumar zich bezig met *post pregnancy family planning*. In Nederland komen vrouwen zes weken na de bevalling terug voor een nacontrole. Dit is in India vaak niet het geval. Vrouwen wonen ver weg, hebben niet de transportmogelijkheden of kunnen het zich financieel niet permitteren. In plaats van bij een nacontrole testte Kumar uit om de vrouwen direct na de bevalling te informeren over anticonceptie, en vaak zelfs al de anticonceptie (spiraal of Implanon) te geven. Stekelenburg: "Je moet gebruik maken van het moment dat ze er zijn."



Stockfoto MCL



Prof. dr. Jelle Stekelenburg

AFGHANISTAN

Stekelenburg begeleidde Ansari jarenlang met zijn onderzoek naar gezondheidsinstellingen in Afghanistan en of deze voorbereid waren om patiënten met ernstige obstetrische complicaties te ontvangen. Stekelenburg: "Uit zijn onderzoek kwam naar voren dat op het oog alles goed in orde leek. Maar schijn bedriegt. Voldoende personeel was er zeker, en ook de juiste spullen waren aanwezig. Het bleek echter dat de kennis en vaardigheden van het personeel achter liepen. Dat zorgt voor problemen."

BEDREIGING TALIBAN

Stekelenburg: "Ik bezoek al mijn promovendi minimaal één keer om ze persoonlijk beter te leren kennen en het land waar ze hun onderzoek hebben gedaan, zo ook Ansari. Alweer bijna drie jaar geleden bezocht ik hem in

Afghanistan. Dat was een hele bijzondere ervaring, omdat hij later gevlucht is met zijn gezin. Hij was landendirecteur van een Amerikaanse NGO die zich ook bezig hield met *family planning* en veilige abortus. In een land waar de Taliban actief is, is dat heel risicovol. Hij werd bedreigd en stond zelfs op een dodenlijst." Om zijn onderzoek voort te kunnen zetten is Ansari met zijn gezin gevlucht naar Nederland. Stekelenburg: "Onderzoek is zo belangrijk voor Ansari dat hij er zelfs voor moest vluchten. Een bijdrage leveren aan de wetenschap en het verbeteren van de zorg is voor hem wat echt telt. Dat is wel heel bijzonder. Ik hoop dat alles goed afloopt en dat binnenkort de beslissing valt dat hij met zijn gezin in Nederland mag blijven."

PecFent[®]
FENTANYL-PECTINE NEUSSPRAY

Directe pijnbestrijding bij kanker kon toch nog beter¹⁻⁵



SLIM
gel-gemoduleerde
afgifte

unieke kinetiek^{1,2}



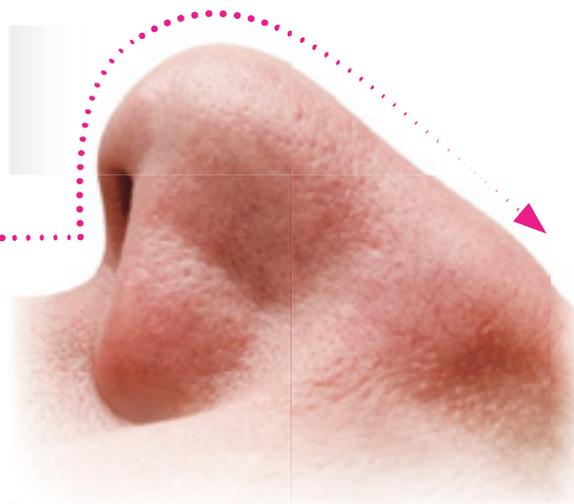
RAAK
94%

adequate pijnstilling in 94% van de
doorbraakpijn-episodes^{4,5}



KLAAR
90%

houdt, na juiste titratie, 16 weken adequate
pijnstilling zonder dosisverhoging^{4,5}



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

WETENSCHAP, EEN SERIEUZE ZAAK

Op wetenschappelijk gebied is de Nobelprijs ongeveer het hoogst bereikbare in de wereld. Het is wel leuk te weten dat ten minste één MCL-onderzoeker ooit heeft samengewerkt met een Nobelprijswinnaar. Dit leuke feit leest u in een van de artikelen in ons wetenschapsblad. Maar hoe leuk dat ook is, wetenschap gaat nu juist niet om leuke feitjes. In de kliniek, polikliniek en daarbuiten is wetenschap de basis van goede zorg.

Wetenschappelijk onderzoek is soms vallen en opstaan. Het onderzoek naar gebruik van de handscan bij reuma, waarover reumatoloog Reinhard Bos in dit blad vertelt, is veelbelovend. Zoals Reinhard Bos terecht in het artikel opmerkt dat je na twee jaar onderzoek best kunt concluderen dat de veelbelovende onderzoeksmethode gewoon niet is wat je gehoopt had. Ook "negatieve" resultaten dragen bij. Dan heb je tóch goede wetenschap bedreven, al is de uitkomst misschien teleurstellend.

Het MCL is trots op zijn onderzoekers en wetenschappers. Het komt gelukkig niet vaak voor dat een wetenschapper om zijn wetenschappelijk werk zijn land moet ontvluchten. MCL-gynaecoloog en hoogleraar Jelle Stekelenburg begeleidt een promovendus die dat wél heeft moeten doen. Dan neemt de wetenschap opeens heel serieuze vormen aan.

Vluchten uit naam van de wetenschap is natuurlijk wel een uiterste. Veel wetenschappelijk onderzoek wordt uitgevoerd door gedreven artsen en verpleegkundigen. Vaak met hard werken. Dat zal elke promovendus herkennen. Altijd met de onderliggende gedachte dat de zorg er beter van wordt, op basis van een zorg, of vragen vanuit de patiënt.

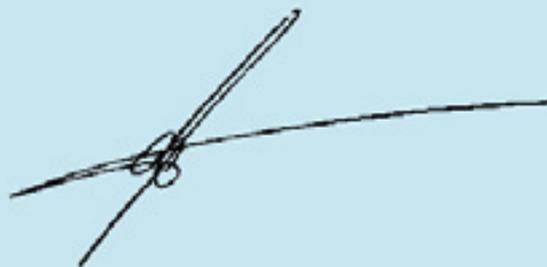
In dit blad vindt u altijd een overzicht van de wetenschappelijke artikelen en wetenschappelijke promoties van aan het MCL verbonden artsen.



Wetenschappelijk werk dat niet altijd in de spotlights wordt uitgevoerd, maar dat een stevige basis vormt voor het dagelijks vernieuwen en verbeteren van handelen van artsen en andere zorgverleners.

ERICA BAKKUM

Lid Raad van Bestuur MCL



'WELKE FACTOREN ZORGEN VOOR HET ONTSTAAN VAN HYPERNATRIEMIE BIJ INTENSIVE CARE-PATIËNTEN?'

Marjolein van IJzendoorn, arts-assistent op de Intensive Care, publiceerde op 3 oktober 2019 een artikel in PlosOne dat deel uitmaakt over haar promotieonderzoek naar het ontstaan van hypernatriëmie bij IC-patiënten. Uniek, want het MCL is het eerste ziekenhuis dat onderzoek doet naar de zoutopslag in de huid van (verschillende groepen) mensen. Zonder dat daar MRI voor nodig is. Dit onderzoek is een samenwerking tussen de IC en de orthopedie en uitgevoerd in nauwe samenwerking met het UMCG. Maar hoe wordt onze zorg er nu of in de toekomst beter van?

Marjolein: 'De belangrijkste vraag van dit promotieonderzoek was: 'Welke factoren zorgen voor het ontstaan van hypernatriëmie bij intensive care-patiënten? Uiteindelijk moet het onderzoek bijdragen aan beter begrip van en behandeling/voorkoming van hypernatriëmie bij deze patiëntencategorie. Dit onderzoek was een soort basisonderzoek, omdat er nog nooit naar zout in de huid van ernstig zieke patiënten gekeken was. Daarom hebben we dit onderzoek opgezet. Allereerst om te kijken of we inderdaad - op deze manier - zout konden meten. Daarnaast wilden we weten of we in de vroege fase van ziekte al verschillen in zoutopslag konden vinden. Dit omdat hypernatriëmie op de IC pas na enkele dagen ontstaat. Veel patiënten krijgen het niet, maar een deel dus wel en we wilden achterhalen hoe dit kon. Uiteindelijk zouden we verder onderzoek willen doen dat eruit bestaat om ook later in de ziekteperiode naar zout in de huid te kijken en dan zowel bij patiënten die wel als geen hypernatriëmie ontwikkelen. Dit om te zien of er dan verschillen zijn in zoutopslag. Het onderzoek dat we nu gedaan hebben levert dus nog niets concreets op voor patiënten, behalve dan dat we vervolgonderzoek kunnen doen waarmee we uiteindelijk hopelijk hypernatriëmie op de IC beter kunnen begrijpen. Hiermee hopen we deze verstoring in de zouthuishouding beter te kunnen gaan behandelen of zelfs voorkomen.'

ZOUTHUISHOUDING

Een groot deel van de zouthuishouding wordt gereguleerd door de nieren, maar het is al langer bekend dat ook het zogenaamde 'derde compartiment'

een rol speelt bij de zouthuishouding. Hier wordt zout opgeslagen zonder dat dit samengaat met wateropslag. Marjolein: 'Een belangrijk onderdeel van dit derde compartiment is de huid. Er is inmiddels al ruim onderzoek gedaan naar zoutopslag in de huid bij ratten en bij gezonde proefpersonen en patiënten, maar nog niet bij IC-patiënten. Dit onderzoek wordt gedaan door ratten dood te maken en hun hele huid te drogen en er as van te maken. Of door proefpersonen in een MRI-scan met speciale software en bijpassende hardware te leggen. De MRI is geen optie omdat deze soft- en hardware niet aanwezig zijn in het MCL en niet goedkoop om te realiseren. Het MCL is het eerste ziekenhuis dat aandacht heeft voor zoutopslag in de huid - en veranderingen daarin door ernstig ziek zijn - als mogelijk bijdragende factor voor het ontstaan van hypernatriëmie bij IC-patiënten.

NIEUWE TECHNIEK

Recent is er een techniek ontwikkeld waarbij in kleine stukjes huid zout bepaald kan worden. Deze techniek was tot nu toe nog niet gebruikt om in huid van menselijke proefpersonen naar zout te kijken. Marjolein: 'In het onderzoek dat in Plos gepubliceerd is wilden we verschillende dingen uitzoeken: Allereerst of we inderdaad zout konden meten bij ernstig zieke IC-patiënten met sepsis en twee controlegroepen (patiënten na CABG en gezonde proefpersonen, namelijk patiënten voorafgaand aan het ondergaan van een heupvervanging). De veronderstelling is dat ontsteking van invloed is op zoutopslag en dat dit uiteindelijk weer van invloed is op het ontstaan van



Marjolein van IJendoorn

hypernatriëmie.' Daarom is er voor drie patiëntengroepen gekozen:

- een groep met een veronderstelde hoge mate van ontsteking (sepsis);
- mildere mate van ontsteking (CABG);
- en zonder ontsteking (voorafgaand aan heupvervangning).

De patiënten met sepsis en die na CABG zijn geïncludeerd op de IC, de patiënten voor heupoperatie via de orthopedie.'

VERSCHILLEN IN ZOUTOPSLAG

Marjolein was benieuwd of er verschillen in zoutopslag zichtbaar zouden worden. 'Daarnaast was ik ook benieuwd of we verschillen konden aantonen in mate van ontsteking (doormiddel van het tellen van ontstekingscellen en lymfevaten en het meten van stoffen die een rol spelen bij ontsteking). We hebben gevonden dat we inderdaad in deze kleine stukjes huid heel goed zout en parameters die met ontsteking te maken hebben kunnen meten. Ook vonden we bij de patiënten met sepsis het meeste zout in de huid, minder bij patiënten na CABG en het minst bij patiënten voorafgaand aan een heupvervangning.'

OEDEEM

Wel ontdekte Marjolein hierbij dat de patiënten met het meeste zout in de huid ook het meeste water in de huid hadden (oftewel: oedeem), maar de relatie hiertussen is niet 1 op 1. Marjolein: 'Het vermoeden is dat er niet

alleen sprake is van oedeem, maar ook nog van andere zoutopslag. Met dit onderzoek hebben we dat echter niet kunnen aantonen. We hebben geen verschillen gevonden in de actieve ontstekingsreacties in de stukjes huid van de verschillende groepen.'

AANWIJZINGEN

Wel zijn er aanwijzingen gevonden dat bij de patiënten met sepsis een ontstekingsreactie aan de gang is die op iets langere termijn mogelijk wel tot uiting komt in de huid. Marjolein: 'We hebben nu gemeten bij deze patiëntengroep heel kort nadat patiënten ernstig ziek werden. Dit zal mogelijk ook van invloed zijn op de zoutopslag en uiteindelijk dus op het ontstaan van hypernatriëmie. Dit is echter hypothetisch en stof voor verder onderzoek.'

Marjolein is 8 januari gepromoveerd.

The multifactorial aetiology of ICU-acquired hypernatremia

Promotie: drs. M.C.O. IJendoorn

Wanneer: 08 januari 2020

Promotor: prof. dr. G.J. (Gerjan) Navis

Copromotors: dr. C. Boerma, dr. H. Buter



Consult specialist ouderengeneeskunde

Bent u huisarts? En heeft u een kwetsbare oudere patiënt met een complexe zorgbehoefte? Dan kunt u een consult aanvragen bij een specialist ouderengeneeskunde van Noorderbreedte. U kunt een consult direct aanvragen in Zorgdomein.

Ondersteuning voor u als huisarts

Het aantal kwetsbare ouderen met een complexe zorgbehoefte neemt toe en vraagt extra kennis, ervaring en tijd van u als huisarts. En die is niet altijd voorhanden. Daarom biedt Noorderbreedte u ondersteuning door de inzet van een consult bij een van onze specialisten ouderengeneeskunde (SO).

Bezoek aan huis

Tijdens een consult bezoekt de specialist ouderengeneeskunde van Noorderbreedte uw patiënt thuis en onderzoekt welke zorg uw patiënt nodig heeft. De SO schakelt eventueel andere behandelaren in zoals bijvoorbeeld een GZ-psycholoog. Vervolgens ontvangt u, als huisarts en hoofdbehandelaar, een compleet advies. Dit advies helpt u om de zorg voor uw patiënt te optimaliseren.

Consult aanvragen?

Een consult kunt u direct aanvragen via het verwijfsplatform **Zorgdomein**. Uw aanvraag wordt op werkdagen binnen 24 uur in behandeling genomen door onze Klantenservice. Heeft u vragen? Dan kunt u altijd contact opnemen met onze Klantenservice op telefoonnummer 058-2803030.

Een specialist ouderengeneeskunde van Noorderbreedte doet onderzoek en geeft advies bij complexe casuïstiek in de thuissituatie van de patiënt. Bijvoorbeeld bij:

- multimorbiditeit
- mobiliteitsproblematiek
- onbegrepen gedrag
- geheugenproblemen
- verwardheid
- somatische klachten gecombineerd met cognitieve vermindering
- psychosociale problematiek

Noorderbreedte biedt (voornamelijk) zorg aan ouderen in Fryslân. Soms voor even, soms langer, soms voor altijd. Noorderbreedte heeft vijftien locaties en een revalidatiecentrum. Ook biedt Noorderbreedte dagbesteding en dagbehandeling.

DSW

zorgverzekeraar



Liever principieel dan commercieel

DSW is een zorgverzekeraar die het anders doet. Anders handelt. Eigen keuzes maakt. DSW stelt het algemeen belang van de gezondheidszorg boven het eigen belang. Wij geloven in goede zorg, dichtbij huis, toegankelijk voor iedereen. Of je nu ziek, gezond, jong, oud, arm of rijk bent. Daar maken we ons hard voor en werken we samen aan. Het is niet altijd de

makkelijkste weg, en soms staan we alleen. Gaan we tegen de stroom in. Onze drijfveer is niet anders dan die van een arts, of al die anderen die in de gezondheidszorg werken. Wij willen hetzelfde: een positieve bijdrage leveren. We willen niet het zand, maar de olie in de machine zijn. We hopen niet op goede zorg in een eerlijk systeem. Wij vechten ervoor. We zijn liever principieel dan commercieel.



www.dsw.nl



(010) 2 466 466



(06) 223 839 06

COASSISTENTEN BEGINNEN ONDER BEGELEIDING HUN ONDERZOEK IN HET MCL

Leren, onderzoek en ontwikkelen gaan in het MCL hand in hand. Zo worden er in het MCL diverse opleidingen verzorgd en zijn er veel mogelijkheden om jezelf verder te kunnen ontwikkelen. Om deze ontwikkeling te stimuleren begeleidt coördinator coassistenten Lampkje Bulstra al zeven jaar lang de honderden coassistenten. Bulstra zoekt voor iedere coassistent de perfecte stageplek in een van de vier Friese ziekenhuizen. Hieronder ook het MCL, waar steeds meer semiartsen voor kiezen bij het invullen van hun semiartsen en wetenschappelijke stage. Één van deze coassistenten is Sietske Veenje, student Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Momenteel voert ze haar wetenschappelijke stage uit op de Spoedeisende Hulp (SEH).

DE COASSISTENTEN

In het zesde jaar van de studie Geneeskunde moeten de coassistenten (semiartsen) twee stages lopen: één van 14 en één van 6 weken. Daarnaast moeten ze gedurende 20 weken een wetenschappelijk onderzoek doen. Alle coassistenten in de vier Friese ziekenhuizen worden vanuit de MCL Academie ondersteund door Lampkje Bulstra, de affiliatiecoördinator (Hanneke Rijk-van Gent) en een stagebegeleider. Om een plek voor

een wetenschappelijke stage in het MCL te bemachtigen is contact leggen met Lampkje voldoende. Op bijna alle afdelingen in het MCL wordt onderzoek gedaan. Het is dus vrijwel altijd mogelijk om binnen het door de semiarts gekozen specialisme onderzoek te doen. Lampkje: "Mijn taak als coördinator is om vraag en aanbod samen te brengen. Wanneer er ruimte is krijgen ze van mij groen licht. Voor de start van de stage moeten de studenten een onderzoeksvorstel



Stockfoto MCL



Coassistent: Sietske Veenje



Coördinator coassistenten Lampkje Bulstra

schrijven, bespreken met hun begeleider en eventueel nog naar de toetsingscommissie. Daarnaast moet het onderzoeksvoorstel goedgekeurd worden door de Rijksuniversiteit Groningen." In twintig weken moet de semiarts het onderzoek afronden. Wetenschappelijk onderzoek is heel belangrijk, niet alleen voor de wetenschap en het verbeteren van de kwaliteit van zorg, maar ook voor hun ontwikkeling.

MCL VALT IN DE SMAAK

Momenteel voeren vijftien studenten hun wetenschappelijke stage uit in het MCL. Volgens Lampkje kiezen steeds meer studenten voor het MCL omdat het ziekenhuis onder coassistenten gewaardeerd wordt. Lampkje: "Het aantal wetenschappelijke stages door semiartsen neemt in het MCL elk jaar toe. Semiartsen ondervinden enthousiasme binnen het ziekenhuis met betrekking tot onderzoek en wetenschap." Veenje is één van de studenten die bij het MCL aanklopte. Veenje: "Ik zocht een ziekenhuis dat groot en gespecialiseerd was, maar ook weer niet zo groot dat je erin verdwaalt. Een topklinisch ziekenhuis is precies wat ik zocht. Een heel fijn aspect daarbij vind ik dat je dan te maken hebt met een opleidingsziekenhuis waar je je echt in een leeromgeving bevindt." Met de begeleiding van Bulstra vond Veenje de stageplek waar ze op zoek naar was. Veenje: "De begeleiding van Lampkje is toegankelijk en persoonlijk. Iedereen kent haar, en andersom ook. Dat maakt dat je je echt gehoord voelt."

ONDERZOEK OP DE SEH

Sinds oktober is Veenje bezig met haar onderzoek naar patiënten met buikpijn op de spoedeisendehulp. Hier onderzoekt Veenje hoeveel pijn patiënten ervaren bij verschillende benaderingen. Veenje: "Er zijn twee patiëntengroepen. De eerste groep vragen we hoeveel pijn ze ervaren op een schaal van 1 tot 10 (de controlegroep). En de andere groep vragen we niet naar een pijnscore, maar naar comfort. Ze worden benaderd op een positieve manier met het idee dat ze minder pijn ervaren en dus minder pijnstilling nodig hebben." Gedurende het onderzoek wordt Veenje begeleid door SEH-arts Heleen Lameijer en ontvangt ze ondersteuning van de twee andere coassistenten op de SEH. Veenje: "We hebben allemaal ons eigen project, maar doordat je met meerdere coassistenten op één afdeling bent, heb je de mogelijkheid om elkaar te ondersteunen en van elkaar te leren. Dat maakt niet alleen leuker, maar ook leerzamer."



KISQALI:

de enige CDK 4/6 remmer met bewezen significante

LEVENSV VERLENGING

bij premenopauzale vrouwen met HR+/HER2- mBC*¹.

* statistisch significante verbetering van OS is aangetoond bij premenopauzale vrouwen in combinatie met een aromataseremmer (AI) vs AI monotherapie (Hazard Ratio (95% CI) 0.699 (0.501-0.976))

Kisqali in combinatie met een aromataseremmer of fulvestrant is geïndiceerd als 1^{ste} of 2^{de} lijns endocriene therapie voor de behandeling van vrouwen met HR+, HER2-, mBC*. Bij pre- of perimenopauzale vrouwen moet een LHRH-agonist worden toegevoegd.²

Zoals elk geneesmiddel heeft Kisqali ook bijwerkingen. De meest voorkomende zijn neutropenie, leukopenie, afwijkende leverfunctietests.

*hormoonreceptorpositieve, humane epidermale-groefactorreceptor 2-negatieve lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker.

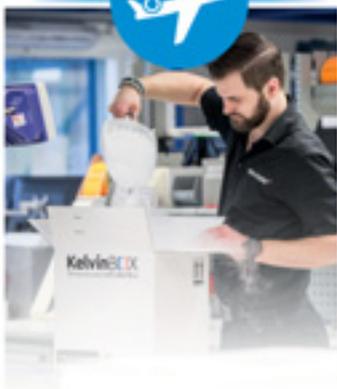
Productinformatie en referenties elders in deze uitgave.

 **KISQALI**[®]
ribociclib

Geen tijd te verliezen, alleen te winnen

CRYO STORE

Cold Chain
Solutions



Bio Storage



Clinical Trial
Logistics



Specialist in temperature controlled solutions
from -196°C to $+40^{\circ}\text{C}$



www.cryostore.com

Handelswei 1
8501 XJ Joure

+31 (0)513 41 59 65
info@cryostore.com

I-PACE BUSINESS EDITION

**MINDER BIJTELLING.
MEER RIJPLEZIER.**


JAGUAR



Speciaal voor de zakelijke rijder hebben wij een aantal Jaguars I-PACE in 2019 geregistreerd, zodat u optimaal kunt genieten van fiscaal voordeel (4% bijtelling*). Deze auto's zijn uiteraard direct uit voorraad leverbaar.

De Reefhorst

Hasker Utgongen 12, 8465 SJ Oudehaske
0513 41 3020

oudehaske.jaguar.nl

WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES

JULI 2019 - DECEMBER 2019

PROEFSCHRIFTEN

Bosker, R.J.I. 2019, Teaching, learning and implementation of laparoscopic colon surgery, Rijksuniversiteit Groningen.

Emous, M. 2019, Dumping syndrome after bariatric surgery, Rijksuniversiteit Groningen.

Van IJendoorn, M.C.O. The multifactorial aetiology of ICU-acquired hypernatremia, Rijksuniversiteit Groningen.

Kuipers, D. 2019, Design for transfer: figural transfer through metaphorical recontextualization in Games for Health, Rijksuniversiteit Groningen.

ARTIKELEN

BARIATRISCHE CHIRURGIE

Emous, M., Broek, M.v.d., Wijma, R., Heide, L.J.M.d., Totté, E., et al. 2019, „Prevalence of hypoglycaemia in a random population after Roux-en-Y gastric bypass after a meal test“, *Endocrine connections*, vol. 8, no. 7, pp. 969-978.

CARDIOLOGIE

Brink, F.S.v.d., Meijers, T.A., **Hofma, S.H., Boven, A.J.v., Sjauw, K.D.,** et al. 2019, „Prophylactic veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation in patients undergoing high-risk percutaneous coronary intervention“, *Netherlands heart journal*, Epub 2019 Nov 28.

Brink, F.S.v.d., Zivelonghi, C. & Berg, J.M.t. 2019, „Incidence of infective valve endocarditis as after antibiotic prophylaxis guidelines changed-there is a change“, *Annals of cardiothoracic surgery*, vol. 8, no. 6, pp. 683-684.

Chichareon, P., Modolo, R., Collet, C., **Hofma, S.H.,** et al. 2019, „Efficacy and Safety of Stents in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction“, *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 74, no. 21, pp. 2572-2584.

Fonseca, C.A.d., Brink, F.S.v.d., Feenema, M., Kraaijer, K. & Vossenber, T.N. 2019, „Left ventricular epicardial lead placement after Carillon placement in the coronary sinus“, *Netherlands heart journal*, vol. 27, no. 10, pp. 514-517.

Geersing, G.J., Greving, J.P., **Folkeringa, R.,** et al. 2019, „Oerwoud van antitrombotica: een overzicht van recente literatuur“, *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, vol. 163, pp. D4265.

Janssens, G.N., Hoeven, N.W.v.d., Lemkes, J.S., **Weerdt, A.P.v.d.,** et al. 2019, „1-Year Outcomes of Delayed Versus Immediate Intervention in Patients With Transient ST-Segment Elevation Myocardial Infarction“, *JACC.Cardiovascular interventions*, vol. 12, no. 22, pp. 2272-2282.

Kerkmeijer, L.S.M., Tijssen, R.Y.G., **Hofma, S.H., Pinxterhuis, T.H.,** et al. 2019, „A paradox in sex-specific clinical outcomes after biore-sorbable scaffold implantation: 2-year results from the AIDA trial“, *International journal of cardiology*, Epub 2019 Aug 30.

Phillips, K.P., Romanov, A., Artemenko, S., **Folkeringa, R.J.,** et al. 2019, „Combining left atrial appendage closure and catheter ablation for atrial fibrillation: 2-year outcomes from a multinational registry“, *Europace*, Epub 2019 Oct 30.

Wahadat, A.R., Tanis, W., Swart, L.E., **Brink, F.S.v.d., Vossenber, T.,** et al. 2019, „Added value of (18)F-FDG-PET/CT and cardiac CTA in suspected transcatheter aortic valve endocarditis“, *Journal of nuclear cardiology*, Epub 2019 Dec 2.

Wijtvliet, E.P.J.P., Tieleman, R.G., Gelder, I.C.v., **Folkeringa, R.J.,** et al. 2019, „Nurse-led vs. usual-care for atrial fibrillation“, *European heart journal*, Epub 2019 Sep 23.

CARDIOTHORACALE CHIRURGIE

Benedetto, U., Puskas, J., Kappetein, A.P., **Boonstra, P.W.,** et al. 2019, „Off-Pump Versus On-Pump Bypass Surgery for Left Main Coronary Artery Disease“, *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 74, no. 6, pp. 729-740.

Haanschoten, D.M., Adiyaman, A., Smit, J.J.J., **Porta, F.,** et al. 2019, „Hybrid Ventricular Tachycardia Ablation after Failed Percutaneous Endocardial and Epicardial Ablation“, *Cardiology*, Epub 2019 Nov 8.

Kosmidou, I., Crowley, A., Macedo, L., **Boonstra, P.W.,** et al. 2019, „Usefulness of Discharge Resting Heart Rate to Predict Adverse Cardiovascular Outcomes in Patients With Left Main Coronary Artery Disease Revascularized With Percutaneous Coronary Intervention vs Coronary Artery Bypass Grafting (from the EXCEL Trial)“, *The American Journal of Cardiology*, Epub 2019 Oct 26.

Stone, G.W., Kappetein, A.P., Sabik, J.F., **Boonstra, P.W., Boven, A.J.v.,** et al. 2019, „Five-Year Outcomes after PCI or CABG for Left Main Coronary Disease“, *The New England journal of medicine*, vol. 381, no. 19, pp. 1820-1830.

^aCardiologie

CHIRURGIE

Brans, E., Reininga, I.H.F., **Balink, H.^a, Munzebrock, A.V.E., Graaf, J.S.d.,** et al. 2019, „Early recovery after endoscopic totally extraperitoneal (TEP) hernia repair in athletes with inguinal disruption: A prospective cohort study“, *PloS one*, vol. 14, no. 12, pp. e0226011. ^aNucleaire geneeskunde

Poel, M.v.d., Fichtinger, R.S., Bemelmans, M., **Hoff, C.,** et al. 2019, „Implementation and outcome of minor and major minimally invasive liver surgery in the Netherlands“, *HPB*, vol. 21, no. 12, pp. 1734-1743.

Saadatmand, S., Geuzinge, H.A., Rutgers, E.J.T., **Roy van Zuidewijn, D.B.W.d.,** et al. 2019, „MRI versus mammography for breast cancer screening in women with familial risk (FaMRisc): a multicentre, randomised, controlled trial“, *The Lancet.Oncology*, vol. 20, no. 8, pp. 1136-1147.

Schipper, I.E., Schouten, M., Yalcin, T., **Damen, S.L.,** et al. 2019, „The Use of Intraperitoneal Bupivacaine in Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: a Double-blind, Randomized Controlled Trial“, *Obesity Surgery*, vol. 29, no. 10, pp. 3118-3124.

Seesing, M.F.J., Veen, A.v.d., Brenkman, H.J.F., **Pierie, J.P.E.N.**, et al. 2019, „Resection of hepatic and pulmonary metastasis from metastatic esophageal and gastric cancer: a nationwide study”, *Diseases of the esophagus*, Epub 2019 Apr 25.

Sumer, A., Atasoy, D., Barbaros, U., **Eker, H.H.**, et al. 2019, „Bridged mini gastric bypass: A novel metabolic and bariatric operation”, *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, vol. 14, no. 2, pp. 62-67.

FARMACIE

Bethlehem, C., Jongasma, M., Korporaal-Heijman, J. & **Yska, J.P.** 2019, „Cardiac arrest following chloroquine overdose treated with bicarbonate and lipid emulsion”, *Netherlands Journal of Medicine*, vol. 77, no. 5, pp. 186-188.

Damhof, M.A., Pierik, E., Krens, L.L., **Roon, E.N.v.**, et al. 2019, „Assessment of Contraceptive Counseling and Contraceptive Use in Women After Bariatric Surgery”, *Obesity Surgery*, Epub 2019 Jul 9.

Gosliga, F.v., Burgler, L., Heijnen, M., Last, T., **Zanten, E.v.** & **Yska, J.P.** 2019, „Kunnen tabletten op een betrouwbare manier handmatig worden gehalveerd?”, *Pharmaceutisch weekblad*, vol. 154, no. 44, pp. 32-36.

Simoons, M., Mulder, H., Appeldoorn, J.T.Y., **Roon, E.v.**, et al. 2019, „Modification of the association between paroxetine serum concentration and SERT-occupancy by ABCB1 (P-glycoprotein) polymorphisms in major depressive disorder”, *Psychiatric genetics*, Epub 2019 Oct 17.

GASTROENTEROLOGIE

Rouvroye, M.D., **Tack, G.J.**, Mom, C.H., et al. 2019, „Vulvar and vaginal neoplasia in women with inflammatory bowel disease”, *Digestive and liver disease*, Epub 2019 Nov 9.

Weerts, Z.Z.R.M., Masclee, A.A.M., Witteman, B.J.M., **Ruiter-van der Ploeg, A.d.**, et al. 2019, „Efficacy and Safety of Peppermint Oil in a Randomized Double-blind Trial of Patients With Irritable Bowel Syndrome”, *Gastroenterology*, Epub 2019 Aug 27.

GERIATRIE

Visser, L.N.C., Kunneman, M., Murugesu, L., **Blaauw, M.S.J.**, et al. 2019, „Clinician-patient communication during the diagnostic workup: The ABIDE project”, *Alzheimer's & dementia*, vol. 11, pp. 520-528.

Visser, L.N.C., Pelt, S.A.R., Kunneman, M., **Hempenius, L.**, et al. 2019, „Communicating uncertainties when disclosing diagnostic test results for (Alzheimer's) dementia in the memory clinic: The ABIDE project”, *Health Expect*, Epub 2019 Oct 22.

GYNAECOLOGIE

Ansari, N., Tappis, H., Manalai, P., **Stekelenburg, J.**, et al. 2019, „Readiness of emergency obstetric and newborn care in public health facilities in Afghanistan between 2010 and 2016”, *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, Epub 2019 Dec 7.

Atiqzai, F., Manalai, P., Amin, S.S., **Stekelenburg, J.**, et al. 2019, „Quality of essential newborn care and neonatal resuscitation at health facilities in Afghanistan: a cross-sectional assessment”, *BMJ open*, vol. 9, no. 8, pp. e030496.

Ayalew, F., Kibwana, S., Shawula, S., **Stekelenburg, J.**, et al. 2019, „Understanding job satisfaction and motivation among nurses in public health facilities of Ethiopia: a cross-sectional study”, *BMC nursing*, vol. 18, pp. 46.

Danhof, N.A., Wely, M.v., Repping, S., **Perquin, D.A.M.**, et al. 2019, „Gonadotrophins or clomiphene citrate in couples with unex-

plained infertility undergoing intrauterine insemination: a cost-effectiveness analysis”, *Reproductive biomedicine online*, Epub 2019 Sep 16.

Heemelaar, S., Kabongo, L., Ithindi, T., **Stekelenburg, J.**, et al. 2019, „Measuring maternal near-miss in a middle-income country: assessing the use of WHO and sub-Saharan Africa maternal near-miss criteria in Namibia”, *Global health action*, vol. 12, no. 1, pp. 1646036.

Mooij, R., Jurgens, E.M., Dillen, J.v. & **Stekelenburg, J.** 2019, „The contribution of Dutch doctors in Global Health and Tropical Medicine to research in global health in low- and middle-income countries: an exploration of the evidence”, *Tropical doctor*, Epub 2019 Oct 9.

Noh, J.W., Kim, Y.M., Akram, N., **Stekelenburg, J.**, et al. 2019, „Determinants of timeliness in early childhood vaccination among mothers with vaccination cards in Sindh province, Pakistan: a secondary analysis of cross-sectional survey data”, *BMJ open*, vol. 9, no. 9, pp. e028922.

Ontiri, S., Mutea, L., Muganda, M., **Stekelenburg, J.**, et al. 2019, „Protocol for a prospective mixed-methods longitudinal study to evaluate the dynamics of contraceptive use, discontinuation, and switching in Kenya”, *Reproductive health*, vol. 16, no. 1, pp. 134.

Rahman, A., Begum, T., Ashraf, F., **Stekelenburg, J.**, et al. 2019, „Feasibility and effectiveness of electronic vs. paper partograph on improving birth outcomes: A prospective crossover study design”, *PloS one*, vol. 14, no. 10, pp. e0222314.

Schulten, S.F.M., Detollenaere, R.J., **Stekelenburg, J.**, et al. 2019, „Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial”, *BMJ*, vol. 366, pp. 15149.

Sheferaw, E.D., Kim, Y.M., Akker, T.v.d. & **Stekelenburg, J.** 2019, „Mis-treatment of women in public health facilities of Ethiopia”, *Reproductive Health*, vol. 16, no. 1, pp. 130.

INTENSIVE CARE

Boileau, A., Somoza, A.S., Dankiewicz, J., **Kuiper, M.**, et al. 2019, „Circulating Levels of miR-574-5p Are Associated with Neurological Outcome after Cardiac Arrest in Women: A Target Temperature Management (TTM) Trial Substudy”, *Disease markers*, no. 2019 Jun 2, pp. 1802879.

Dankiewicz, J., Cronberg, T., Lilja, G., **Kuiper, M.**, et al. 2019, „Targeted hypothermia versus targeted Normothermia after out-of-hospital cardiac arrest (TTM2): A randomized clinical trial-Rationale and design”, *American Heart Journal*, vol. 217, pp. 23-31.

Heeman, W., Steenbergen, W., Dam, G.v. & **Boerma, E.C.** 2019, „Clinical applications of laser speckle contrast imaging: a review”, *Journal of Biomedical Optics*, vol. 24, no. 8, pp. 1-11.

Heuts, S., Wind, T.J., **Kuiper, M.A.**, et al. 2019, „Hoe stelt een arts de dood vast?”, *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, vol. 163, pp. D3999.

Ijzendoorn, M.v., Born, J.v.d., Hijmans, R., **Buter, H.**, **Kingma, P.**, **Maes, G.**, **Veen, T.v.d.**, **Zijlstra, W.**^a, **Dijkstra, B.**^a, **Boerma, C.**, et al. 2019, „An observational study on intracutaneous sodium storage in intensive care patients and controls”, *PloS one*, vol. 14, no. 10, pp. e0223100.

^aOrthopedie

Jensen, H.I., Downey, L., **Koopmans, M.**, **Gerritsen, R.T.**, et al. 2019, „Family ratings of ICU care. Is there concordance within families?”, *Journal of critical care*, vol. 55, Epub 2019 Oct 31, pp. 108-115.

Kuur, A.v.d., Bethlehem, C., Bruins, N., Jager, C.d., Alst, C.v.^a, Haagsma, O.G.^a, Keijzers, A.^a & Boerma, E.C. 2019, „Impact of a Premorbid Psychiatric Disorder on the Incidence of Delirium during ICU Stay, Morbidity, and Long-Term Mortality”, *Critical care research and practice*, vol. 2019, no. Jul 18, pp. 6402097.

^aPsychiatrie

Simkiene, J., Pranskuniene, Z., Patasius, M., **Boerma, E.C.**, et al. 2019, „Alterations of retinal vessels in patients with sepsis”, *Journal of clinical monitoring and computing*, Epub 2019 Oct 24.

Winkelhorst, J.C., Bootsma, I.T., Koetsier, P.M., Lange, F.d. & Boerma, E.C. 2019, „Right ventricular function and long-term outcome in sepsis: a retrospective cohort study”, *Shock*, Epub 2019 Jul 16.

INTERNE GENEESKUNDE

Bentum, R.v., Nieken, J.^a, Waal, E.d. & Hoogendoorn, M. 2019, „Native aortic valve endocarditis with *Morganella morganii* in a patient with multiple myeloma and valvular amyloidosis: A case report”, *BMC Infectious Diseases*, vol. 19, no. 1, pp. 957.

^aPathologie

Lugtenburg, P.J., Zijlstra, J.M., Doordijn, J.K., **Hoogendoorn, M.**, et al. 2019, „Rituximab-PECC induction followed by (90) Y-ibritumomab tiuxetan consolidation in relapsed or refractory DLBCL patients who are ineligible for or have failed ASCT: results from a phase II HOVON study”, *British journal of haematology*, vol. 187, no. 3, pp. 347-355.

Oosten, M.J.M.v., Logtenberg, S.J.J., Leegte, M.J.H., **Hemmelder, M.H.**, et al. 2019, „Age-related difference in health care use and costs of patients with chronic kidney disease and matched controls: analysis of Dutch health care claims data”, *Nephrology, dialysis, transplantation*, Epub 2019 Oct 9.

Tuin, J., Stassen, P.M., Bogdan, D.I., **Broekroelofs, J.**, et al. 2019, „Mycophenolate Mofetil Versus Cyclophosphamide for the Induction of Remission in Nonlife-Threatening Relapses of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody-Associated Vasculitis: Randomized, Controlled Trial”, *Clinical journal of the American Society of Nephrology*, vol. 14, no. 7, pp. 1021-1028.

Weerd, I.d., Hofland, T., Boer, R.d., **Hoogendoorn, M.**, et al. 2019, „Distinct immune composition in lymph node and peripheral blood of CLL patients is reshaped during venetoclax treatment”, *Blood advances*, vol. 3, no. 17, pp. 2642-2652.

Willik, E.M.v.d., Meuleman, Y., Prantl, K., **Hemmelder, M.H.**, et al. 2019, „Patient-reported outcome measures: selection of a valid questionnaire for routine symptom assessment in patients with advanced chronic kidney disease - a four-phase mixed methods study”, *BMC nephrology*, vol. 20, no. 1, pp. 344.

KINDERGENEESKUNDE

Fidder, A.R., Hartog, B.d.^a & Faber, T. 2019, „Child with serogroup W135 primary meningococcal septic arthritis”, *BMJ Case Reports*, vol. 12, no. 10, pp. e229510.

^aOrthopedie

Kosse, R.C., Koster, E.S., Kaptein, A.A., **Vries, T.W.d.**, et al. 2019, „Asthma control and quality of life in adolescents: the role of illness perceptions, medication beliefs, and adherence”, *The Journal of asthma*, Epub 2019 Jun 21, pp. 1-13.

Vries, T.W.d., Duvekot, J.J. & Horst, P.G.J.t. 2019, „Medicatiegebruik tijdens zwangerschap en lactatie: Hoog tijd voor één onafhankelijke informatiebron”, *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, vol. 163, no. Jun 19, pp. D3639.

KNO

Birnie, E., Savelkoel, J., Reubsaeet, F., **Schwandt, N.L.Q.**, et al. 2019, „Melioidosis in travelers: An analysis of Dutch melioidosis registry data 1985-2018”, *Travel Medicine and Infectious Disease*, Epub 2019 Jul 29.

Huizen, L., Dijkstra, P., Halmos, G.B., **Laan, K.T.v.d., Visscher, J.d.^a**, et al. 2019, „Does multidisciplinary videoconferencing between a head-and-neck cancer centre and its partner hospital add value to their patient care and decision-making? A mixed-method evaluation”, *BMJ Open*, vol. 9, no. 11, pp. e028609.

^aKaakchirurgie

Plaats, R.E., Dijk, B.v., Muller Kobold, A.C., et al. 2019, „Onset of hypothyroidism after total laryngectomy: Effects of thyroid gland surgery and preoperative and postoperative radiotherapy”, *Head Neck*, Epub 2019 Dec 13.

LONGGENEESKUNDE

Bragt, J.J.M.H.v., Adcock, I.M., Bel, E.H.D., **Brinke, A.t.**, et al. 2019, „Characteristics and treatment regimens across ERS SHARP severe asthma registries”, *The European respiratory journal*, Epub 2019 Oct 10.

Geffen, W.H.v., Blum, T.G., Aliberti, S., et al. 2019, „Continuous professional development: elevating thoracic oncology education in Europe”, *Breathe*, vol. 15, no. 4, pp. 279-285.

Gijtenbeek, R.G.P., Jong, K.d.^a, Venmans, B.J.W., Vollenhoven, F.v., Brinke, A.T., Wekken, A.v.d. & **Geffen, W.v.** 2019, „Best first-line therapy for patients with advanced non-small cell lung cancer, performance status 2 without a targetable mutation or with an unknown mutation status”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2019, no. 8.

^aWetenschapsbureau

Kuijvenhoven, J.C., Leoncini, F., Crombag, L.C., et al. 2019, „Endobronchial Ultrasound for the Diagnosis of Centrally Located Lung Tumors: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Respiration*, Epub 2019 Nov 15, pp. 1-10.

Shen, M., Tenda, E.D., McNulty, W., **Geffen, W.H.v.**, et al. 2019, „Quantitative Evaluation of Lobar Pulmonary Function of Emphysema Patients with Endobronchial Coils”, *Respiration*, vol. 98, no. 1, pp. 70-81.

Vries, G.E.d., Hoekema, A., Vermeulen, K.M., **Maten, J.v.d.**, et al. 2019, „Clinical- and Cost-Effectiveness of a Mandibular Advancement Device Versus Continuous Positive Airway Pressure in Moderate Obstructive Sleep Apnea”, *Journal of clinical sleep medicine*, vol. 15, no. 10, pp. 1477-1485.

MCL ACADEMIE

Brand, P.L.P., Rosingh, H.J., Meijssen, M.A.C., **Dunnwald, S., Prins, J.**, et al. 2019, „Reliability of residents' assessments of their postgraduate medical education learning environment: an observational study”, *BMC medical education*, vol. 19, no. 1, pp. 450.

Cingel, M.v.d. 2019, „Notes on nursing 2.0 : De noodzaak tot verpleegkundig leiderschap en professionele eigenheid in de verpleegkundige en verzorgende beroepen”, *Verpleegkunde*, vol. 34, no. 3, pp. 35-38.

Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S., **Dusseldorp, I.v., Gerritsen, R.^a**, et al. 2019, „Palliative care interventions in intensive care unit patients - a systematic review protocol”, *Systematic reviews*, vol. 8, no. 1, pp. 148.

^aIntensive care

NEUROLOGIE

Egmond, E.v., Gorp, D.v., Honan, C., **Beenakker, E.**, et al. 2019, „A Dutch validation study of the Multiple Sclerosis Work Difficulties Questionnaire in relapsing remitting multiple sclerosis”, Disability and rehabilitation, Epub 2019 Nov 8.

Gorp, D.A.M.v., Hiele, K.v.d., Heerings, M.A.P., **Beenakker, E.A.C.**, et al. 2019, „Cognitive functioning as a predictor of employment status in relapsing-remitting multiple sclerosis: a 2-year longitudinal study”, Neurological sciences, vol. 40, no. 12, pp. 2555-2564.

Verwey, N.A., Teunissen, C.E., Hoozemans, J.J.M., et al. 2019, „Cerebrospinal Fluid Amyloid-beta Subtypes in Confirmed Frontotemporal Lobar Degeneration Cases: A Pilot Study”, Journal of Alzheimer's disease, vol. 71, no. 1, pp. 15-20.

Voet, N.B., **Kooij, E.L.v.d.**, Engelen, B.G.v., et al. 2019, „Strength training and aerobic exercise training for muscle disease”, The Cochrane database of systematic reviews, vol. 12, pp. CD003907.

ONCOLOGIE

Jochems, A., Kooij, M.K.v.d., Fiocco, M., **Rijn, R.S.v.**, et al. 2019, „Metastatic Uveal Melanoma: Treatment Strategies and Survival-Results from the Dutch Melanoma Treatment Registry”, Cancers, vol. 11, no. 7, pp. E1007.

Kuppen, M.C.P., Westgeest, H.M., Eertwegh, A.J.M.v.d., **Polee, M.B.**, et al. 2019, „Real-world Outcomes of Sequential Androgen-receptor Targeting Therapies with or Without Interposed Life-prolonging Drugs in Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer: Results from the Dutch Castration-resistant Prostate Cancer Registry”, European urology oncology, Epub 2019 Oct 7.

Schouwenburg, M.G., Suijkerbuijk, K.P.M., Koonstra, R.H.T., **Rijn, R.S.v.**, et al. 2019, „Switching to Immune Checkpoint Inhibitors upon Response to Targeted Therapy: The Road to Long-Term Survival in Advanced Melanoma Patients with Highly Elevated Serum LDH?”, Cancers, vol. 11, no. 12, pp. E1940.

Schuurhuizen, C.S.E.W., Braamse, A.M.J., Beekman, A.T.F., **Polee, M.B.**, et al. 2019, „Screening and Stepped Care Targeting Psychological Distress in Patients With Metastatic Colorectal Cancer: The TES Cluster Randomized Trial”, Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN, vol. 17, no. 8, pp. 911-920.

Westgeest, H.M., Kuppen, M.C.P., Eertwegh, A.J.M.v.d., **Polee, M.B.**, et al. 2019, „Second-Line Cabazitaxel Treatment in Castration-Resistant Prostate Cancer Clinical Trials Compared to Standard of Care in CAPRI: Observational Study in the Netherlands”, Clinical genitourinary cancer, vol. 17, no. 5, pp. e946-e956.

ORTHOPEDIE

Boersma, A.R., Brouwer, S., Koolhaas, W., **Zijlstra, W.P.**, et al. 2019, „No association between preoperative physical activity level and time to return to work in patients after total hip or knee arthroplasty: A prospective cohort study”, PloS one, vol. 14, no. 9, pp. e0221932.

Keuning, M.C., Moujahid, A.a. & **Zijlstra, W.P.** 2019, „Prosthetic joint infection of a revision knee arthroplasty with candida parapsilosis”, Case reports in orthopedics, Epub 2019 Dec 17.

Lowik, C.A.M., Parvizi, J., Jutte, P.C., **Zijlstra, W.P.**, et al. 2019, „Debridement, antibiotics and implant retention is a viable treatment option for early periprosthetic joint infection presenting more than four weeks after index arthroplasty”, Clinical infectious diseases, Epub 2019 Aug 31.

Oerlemans, L.N.T., **Zijlstra, W.P.**, **Lameijer, H.**^a & **Coolsma, C.W.**^a 2019, „Is a hip flip the right trick?”, Emergency medicine journal, Epub 2019 Oct 18.

^aSpoedeisende hulp

Peters, R.M., Steenbergen, L.N.v., Stewart, R.E., **Rijk, P.C.**, **Zijlstra, W.P.**, et al. 2019, „Patient Characteristics Influence Revision Rate of Total Hip Arthroplasty: American Society of Anesthesiologists Score and Body Mass Index Were the Strongest Predictors for Short-Term Revision After Primary Total Hip Arthroplasty”, The Journal of arthroplasty, Epub 2019 Aug 14.

PATHOLOGIE

Wolthuizen, R., **Nieken, J.**, Overbosch, J., et al. 2019, „An Extraosseous Ewing Sarcoma of the Index Finger Masquerading as a Benign Tumor”, The Journal of hand surgery, Epub 2019 Jul 18.

PLASTISCHE CHIRURGIE

Sluis, N.v.d., **Schoemaker, H.** & **Moues-Vink, C.M.** 2019, „Een vrouw met tintelingen in de hand”, Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, vol. 163, pp. D3960.

REUMATOLOGIE

Ghiti Moghadam, M., Lamers-Karnebeek, F.B.G., Vonkeman, H.E., **Schilder, A.M.**, et al. 2019, „Predictors of biologic-free disease control in patients with rheumatoid arthritis after stopping tumor necrosis factor inhibitor treatment”, BMC rheumatology, vol. 3, pp. 3.

Roon, A.M.v., Kuijpers, M., Zande, S.C.v.d., **Bos, R.**, et al. 2019, „Treatment of resistant Raynaud's phenomenon with single-port thoracoscopic sympathectomy: a novel minimally invasive endoscopic technique”, Rheumatology, Epub 2019 Sep 16.

SPOEDEISENDE HULP

Avest, E.t. & **Lameijer, H.** 2019, „PARAMEDIC-2: Big study, small result”, Netherlands heart journal, vol. 27, no. 7-8, pp. 341-342.

Vries, L.J.d., **Vos, H.**, **Speel, T.G.W.**^a, **Elskamp, I.v.d.**^b, **Datema, J.** & **Lameijer, H.** 2019, „Een jongeman met een pijnlijk scrotum”, Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, vol. 163, pp. D3529.

^aUrologie

^bRadiologie

Ypma, D., **Coolsma, C.**, **Eker, H.**^a, **Vrooland, M.**^b, **Vink, T.W.F.**^b & **Lameijer, H.** 2019, „Een jongen met een spontane miltruptuur”, Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, vol. 163, pp. D2986.

^aChirurgie

^bRadiologie

UROLOGIE

Cottrell, A.M., Schneider, M.P., Goonewardene, S., **Messelink, B.E.J.**, et al. 2019, „Benefits and Harms of Electrical Neuromodulation for Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review”, European Urology Focus, Epub 2019 Oct 18.



James Wattstraat 4 | 8912 AR Leeuwarden
T 058 2037244
E info@pbrunner.nl | W www.pbrunner.nl

Uw transport. Onze zorg!

Verkorte productinformatie Trimbow® extrafijne dosis-aerosol
Samenstelling en Farmaceutische vorm: beclometasondipropionaat 87 mcg, formoterol-fumaraatdihydraat 5 mcg en glycopyrronium 9 mcg per dosis als aerosol, oplossing. **Indicaties:** Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta2agonist of een combinatie van een langwerkende bèta2agonist en een langwerkende muscarineantagonist. **Dosering en wijze van toediening:** 2 maal daags 2 inhalaties. Trimbow mag gebruikt worden met een AeroChamber Plus. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor een van de werkzame of hulpstoffen. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen:** Niet voor acuut gebruik. Acute overgevoelighedsreacties en paradoxale bronchospasmen kunnen optreden. Behandeling niet abrupt staken. Wees voorzichtig bij patiënten met hartritestoornissen, m.n. derdegraads AV-blok en tachyarritmieën, idiopathische subvalvulaire aortastenose, hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, ernstige hartziekte (m.n. acuut myocardinfarct, ischemische hartziekte, congestief hartfalen), occlusieve vaatziekten (m.n. arteriosclerose), arteriële hypertensie en aneurysma. Wees ook voorzichtig bij de behandeling van patiënten die (vermoedelijk) verlenging van het QT-interval hebben, hetzij congenitaal hetzij door geneesmiddelen. Bij anesthesie met gehalogeneerde anesthetica Trimbow niet toedienen gedurende minstens 12 uur voor begin hiervan i.v.m. risico op cardiale aritmieën. Toename van pneumonieën, ook die met ziektehuissomatie, is waargenomen bij COPD-patiënten die gehalveerde corticosteroïden kregen. Dien voorzichtig toe aan patiënten met actieve of latente pulmonaire tuberculose, of schimmel en virusinfecties van de luchtwegen. Mogelijk ernstige hypokaliëmie kan optreden met een bèta2agonist; dit kan tot cardiovasculaire bijwerkingen leiden. Voorzichtigheid is m.n. geboden bij ernstige COPD, omdat dit effect kan worden versterkt door hypoxie. Hypokaliëmie kan ook toenemen door gelijktijdige behandeling met andere middelen die hypokaliëmie kunnen induceren, zoals xanthinederivaten, steroïden en diuretica en bij gebruik van meerdere bronchodilatoren. De inhalatie van formoterol kan een stijging van de bloedglucosegehaltes veroorzaken. Controleer het bloedglucose bij diabetes. Glycopyrronium moet voorzichtig worden gebruikt bij patiënten met nauwekamerhoekglaucom, prostaathyperplasie of urineterentie. Informeer patiënten dat bij symptomen van acute nauwekamerhoekglaucom ze Trimbow moeten staken en onmiddellijk contact moeten opnemen met hun arts. Langdurige, gelijktijdige toediening met andere anticholinergica wordt niet aanbevolen. Bij ernstige nierinsufficiëntie of leverfunctiestoornis alleen gebruiken als voordeel opweegt tegen nadeel. Na gebruik mond goed spoelen. Indien een patiënt symptomen ontwikkelt zoals wazig zien of andere visusstoornissen, dient te worden overwogen de patiënt door te verwijzen naar een oogarts. **Interacties:** Farmacokinetische interacties: vanwege mogelijk systemische effecten bij gelijktijdig gebruik van krachtige CYP3A4remmers (bijv. ritonavir, cobicistat) en beclometason wordt voorzichtig gebruik en passende controle hierbij geadviseerd. Farmacodynamische interacties: nietcardioselectieve bètablokkers (waaronder oogdruppels) moeten worden vermeden bij gelijktijdig gebruik van formoterol per inhalatie: het effect van formoterol zal afnemen of verdwijnen. Gelijktijdig gebruik van andere bètaadrenergica kan potentieel aanvullende effecten hebben; derhalve is voorzichtigheid hierbij geboden. Gelijktijdige behandeling met kinidine, disopyramide, procainamide, antihistaminica, monoamineoxidaseremmers, tricyclische antidepressiva en fenothiazines kan leiden tot een verlengd QT-interval en een verhoogd risico op ventriculaire aritmieën. L-dopa, L-thyroxine, oxytocine en alcohol kunnen leiden tot verminderde tolerantie van het hart voor bèta2mimetica. Gelijktijdige behandeling met monoamineoxidaseremmers, waaronder middelen met vergelijkbare eigenschappen, zoals furazolidon en procarbazine, kan een versterkende werking hebben op hypertensieve reacties. Risico op aritmieën is verhoogd bij gelijktijdige anesthesie met gehalogeneerde koolwaterstoffen. Gelijktijdige behandeling met xanthinederivaten, steroïden of diuretica kan het hypokaliëmie effect van bèta2agonisten versterken. Hypokaliëmie kan de dispositie voor aritmieën verhogen bij patiënten die digitalisglycosiden krijgen. Langdurige gelijktijdige toediening met andere anticholinergica, is niet onderzocht en wordt dus niet aanbevolen. **Bijwerkingen:** Vaak (1/10-1/100): pneumonie, faryngitis, orale candidiasis, urineweginfectie, nasofaryngitis, hoofdpijn, dysfonie; soms (1/100-1/1.000): griep, orale schimmelinfectie, orofaryngeale, slokdarm- en vulvovaginale candidiasis, sinusitis, rinitis, gastroenteritis, allergische dermatitis, hypokaliëmie, hyperglykemie, rusteloosheid, tremor, duizeligheid, dysgeusie, hypo-esthesie, salpingitis, atriumfibrillatie, elektrocardiogram QT verlengd, tachycardie, tachyarritmie, hartkloppingen, hyperemie, overmatig blozen, hoesten, productieve hoest, keelirritatie, bloedneus, diarree, droge mond, dysfagie, nauze, dyspepsie, branderig gevoel van de lippen, caries, huiduitslag, urticaria, pruritus, hyperhidrose, spierspasmen, myalgie, pijn in extremiteit, skeletspierstelsel- en gewrichtspijn, vermoeidheid, asthenie, verhoging van Creatief proteïne, bloedplaatjesstelling, vrije vetzuren, bloedsuiker en bloedketonlichaam, verhoging van bloedcortisol. **Bewaren:** In koelkast bewaren (2-8°C). Na aflevering nog maximaal 4 maanden houdbaar bij maximaal 25°C. **Afleverstatus: UR Registratienr:** EU/1/17/1208/002 **Vergoeding en prijzen:** Trimbow wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor prijzen: zie Zi-index. **Registratiehouder:** Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, Parma, Italië **Datum:** 23 januari 2019 **Versie verkorte productinformatie:** PM-MED2019-7809. **Chiesi Pharmaceuticals B.V.** Evert van de Beekstraat 1 – 120, 1118 CL Schiphol. tel. 088-5016410, email info.nl@chiesi.com, www.chiesi.nl PM-2019-8456



SyncVR Medical

De kwaliteit van leven van patiënten verbeteren met Virtual Reality

1. Pijn, angst en medicatie verminderen
 2. Stimuleren van bewegen
 3. Ontspanning en Medische Hypnose
- en meer!

De grootste leverancier van VR in de gezondheidszorg met > 35 partner ziekenhuizen



+31 6 12 74 92 79 | floris@syncvr.tech
www.syncvr.tech

Verkorte SPC XIFAXAN® 550 mg Filmomhulde Tabletten

Naam van het geneesmiddel Xifaxan 550 mg filmomhulde tabletten. **Naam en adres van de vergunninghouder:** Norgine BV, Antonio Vivaldistraat 150, 1083 HP Amsterdam. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling** Elke filmomhulde tablet bevat 550 mg rifaximine. **Farmacotherapeutische groep** Intestinale, anti-infectiemiddelen-antibiotica. **Farmaceutische vorm** Filmomhulde tablet. **Indicaties** Vermindering van recidiverende episodes van manifeste hepatische encefalopathie bij patiënten ≥ 18 jaar. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor rifaximine, rifamycine-derivaten of voor de hulpstoffen van Xifaxan, gevallen van darmobstructie. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** Clostridium difficile geassocieerde diarree (CDAD) is gemeld bij het gebruik van bijna alle antibacteriële middelen, inclusief rifaximine. De kans dat een rifaximinebehandeling gepaard gaat met CDAD en pseudomembraneuze colitis (PMC) kan niet worden uitgesloten. Vanwege het gebrek aan gegevens en de kans op ernstige verstoring van de darmflora met onbekende gevolgen, wordt gelijktijdige toediening van rifaximine met andere rifamycines niet aanbevolen. Patiënten dienen te worden ingelicht dat, ondanks de verwaarloosbare absorptie van het geneesmiddel (minder dan 1%), rifaximine net zoals alle rifamycine-derivaten een roodachtige verkleuring van de urine kan veroorzaken. Verminderde leverfunctie: met voorzichtigheid gebruiken bij patiënten met ernstige (Child-Pugh C) leverfunctiestoornis en bij patiënten met MELD (Model for End-Stage Liver Disease) score > 25. Voorzichtigheid is geboden wanneer gelijktijdig gebruik van rifaximine en een P-glycoproteïne remmer zoals ciclosporine nodig is. Zowel dalingen als stijgingen van de INR – internationale genormaliseerde ratio – (in sommige gevallen met bloedingen) zijn gemeld bij patiënten die een onderhoudsbehandeling met warfarine ontvingen en rifaximine voorgeschreven kregen. Als gelijktijdige toediening noodzakelijk is, dient de INR zorgvuldig te worden gecontroleerd in geval van initiële of stopzetting van de behandeling met rifaximine. Doseringaanpassingen van orale anticoagulantia kunnen nodig zijn om het gewenste niveau van antistolling te handhaven. **Bijwerkingen** Infecties en parasitaire aandoeningen: Soms: Clostridia-infectie, urineweginfectie, candidiasis. Zelden: Pneumonie, cellulitis, bovenste luchtweginfecties, rinitis. Bloed- en lymfestelselaandoeningen: Soms: Anemie. Niet bekend: Trombocytopenie. Immun systeem aandoeningen: Niet bekend: Anafylactische reacties, angio-oedeem, overgevoeligheid. Voedings- en stofwisselingsstoornissen: Soms: Anorexie, hyperkaliëmie. Zelden: Dehydratie. Psychische stoornissen: Vaak: Depressie. Soms: Verworde toestand, angst, hypersomnie, insomnie. Zenuwstelselaandoeningen: Vaak: Duizeligheid, hoofdpijn. Soms: Evenwichtsstoornissen, amesbie, convulsie, aandachtsstoornissen, hypo-esthesie, geheugen vermindering. Bloedvataandoeningen: Soms: Opijlers. Zelden: Hypertensie, hypotensie. Niet bekend: Presyncope, syncope. Ademhalingsstelsel- borstkas- en mediastinum aandoeningen: Vaak: Dyspneu. Soms: Pleurale effusie. Zelden: Chronische obstructieve longziekte. Maagdarmstelsel-aandoeningen: Vaak: Bovenbuik-pijn, abdominale distensie, diarree, misselijkheid, braken, ascites. Soms: Abdominale pijn, oesofaguspataderen-bloeding, droge mond, maagongemak. Zelden: Constipatie. Lever- en galaandoeningen: Niet bekend: Abnormale leverfunctietests. Huid- en onderhuidsaandoeningen: Vaak: Huiduitslag, pruritus. Niet bekend: Dermatitis, eczeem. Skeletspierstelsel- en bindweefsel aandoeningen: Vaak: Spierspasmen, artralgie. Soms: Myalgie. Zelden: Ruppijn. Nier- en urinewegaandoeningen: Soms: Dysurie, pollakiurie. Zelden: Proteinurie. Algemene aandoeningen en toedieningsplaats-stoornissen: Vaak: Oedeem perifeer. Soms: Oedeem, pyrexie. Zelden: Asthenie. Onderzoeken: Niet bekend: Abnormale INR-waarden (International Normalised Ratios). Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties: Soms: Val. Zelden: Kneuzing, procedurepijn. **Afleverstatus:** UR. **Datum van herziening van de tekst** 2 november 2018.

Meer informatie inclusief volledige productinformatie is beschikbaar bij Norgine Pharma B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083 HP Amsterdam.

- Referenties:**
1. Vilstrup H, et al. J Hepatol 2014; 61(3): 642-659.
 2. Muller KD, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2014; 12(8): 1390-1397

Product onder licentie van Alfasigma S.p.A.
XIFAXAN is een geregistreerd handelsmerk van de Alfasigma groep dat in licentie gegeven is aan de Norgine groep.

NORGINE en het zeil logo zijn geregistreerde handelsmerken van de Norgine bedrijvengroep.
SCORE Communication • XIF1104 • NL/XIF5/0618/0068(1) • 4/2019



SLIKKEN EEN PROBLEEM?

door Eosinofiele Oesofagitis (EoE)



Nieuw

Jorveza® Het enige geregistreerde geneesmiddel voor EoE¹

- Innovatieve budesonide formulering voor een gerichte behandeling van Eosinofiele Oesofagitis.
- Orodispergeerbare tablet - eenvoudig in gebruik.
- 85% klinisch-histologische remissie na 12 weken.

Verkorte SPC-tekst Jorveza® 1 mg orodispergeerbare tabletten. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** 1 mg budesonide per orodispergeerbare tablet. **Therapeutische indicaties:** Eosinofiele oesofagitis bij volwassenen. **Dosering:** 1 mg budesonide 's ochtends en 1 mg budesonide 's avonds. Gebruikelijke duur van de behandeling is 6 weken. Voor patiënten die niet toereikend reageren tijdens de 6 weken, kan de behandeling worden verlengd naar maximaal 12 weken. **Wijze van toediening:** Oraal. De orodispergeerbare tablet moet na een maaltijd worden ingenomen. Hij moet op de punt van de tong worden geplaatst en voorzichtig tegen de bovenzijde van de mond worden gedrukt, waar die zal oplossen. Dit duurt doorgaans ongeveer twee minuten. Het opgeloste materiaal moet beetje bij beetje, terwijl de orodispergeerbare tablet uiteenvalt, met speeksel worden doorslikt. De orodispergeerbare tablet mag niet met vloeistof of voeding worden ingenomen. Er moet ten minste 30 minuten worden gewacht alvorens iets te eten of te drinken en alvorens mondhygiëne wordt uitgevoerd. Dranken, sprays of kauwtabletten moeten ten minste 30 minuten vóór of na toediening van Jorveza® worden gebruikt. Op de orodispergeerbare tablet mag niet worden gekauwd en de orodispergeerbare tablet mag niet onopgelost worden doorslikt. Deze maatregelen zorgen voor een optimale blootstelling van het slokdarmslijmvlies aan de werkzame stof. **Bijwerkingen:** Infecties en parasitaire aandoeningen: oesofageale candidiasis (zeer vaak $\geq 1/100$), orale en orofaryngeale candidiasis (vaak $\geq 1/100$ - $<1/100$); Zenuwstelselaandoeningen: hoofdpijn (vaak $\geq 1/100$ - $<1/100$); Bloedvataandoeningen: hypertensie (vaak $\geq 1/100$ - $<1/100$); Maag-darmstelselaandoeningen: pijn in de bovenbuik, gastro-oesofageale refluxziekte, lipodeem, nausea, orale paresthesie (vaak $\geq 1/100$ - $<1/100$); Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen: vermoeidheid (vaak $\geq 1/100$ - $<1/100$); Onderzoeken: bloedcortisol verlaagd (vaak $\geq 1/100$ - $<1/100$). Bijwerkingen van de therapeutische klasse kunnen ook optreden met Jorveza® (frequentie niet bekend). **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of een van de hulpstoffen. **Waarschuwingen:** Onderdrukking van de inflammatoire respons en immuunfunctie verhoogt de vatbaarheid voor infecties en de ernst daarvan. Symptomen van infectie kunnen atypisch of gemaskeerd zijn. In klinische studies die met Jorveza® zijn uitgevoerd, zijn orale, orofaryngeale en oesofageale candida-infecties waargenomen met een hoge frequentie (zie rubriek 4.8). Indien aangewezen, kan symptomatische candidiasis van mond en keel worden behandeld met topische of systemische antimicrobiële therapie terwijl de behandeling met Jorveza® wordt voortgezet. Waterpokken, herpes zoster en mazelen kunnen een ernstiger verloop hebben bij patiënten die worden behandeld met glucocorticosteroiden. Bij patiënten die deze ziekten niet gehad hebben, dient de vaccinatiestatus te worden gecontroleerd en dient blootstelling strikt te worden vermeden. Gelijktijdige behandeling met ketoconazol of andere CYP3A4-remmers dient te worden vermeden (zie rubriek 4.5). Dit geneesmiddel bevat 52 mg natrium per dagelijkse dosis, overeenkomend met 2,6% van de door de WHO aanbevolen maximale dagelijkse inname van 2 g voor een volwassene. Voor overige waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, raadpleeg de volledige SPC. **Verpakking:** Doos met 90 orodispergeerbare tabletten. **Afleverstatus en vergoeding:** U.R. en volledig vergoed. EU/1/17/1254/004. Registratiehouder: Dr. Falk Pharma GmbH, Leinenweberstrasse 5, D-79108 Freiburg, Duitsland. **Voor informatie:** Dr. Falk Pharma Benelux B.V., Breda, 076-5244200, of raadpleeg de volledige SPC. **Versie verkorte SPC-tekst:** 20180108

70-2019-NL/juni 2019

BUDESONIDE
Jorveza® 1 mg
ORODISPERGEERBARE TABLETTEN

Niets houdt je nog tegen



Verkorte Productinformatie Kisqali® 200 mg filmomhulde tabletten

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring.

Samenstelling Eén filmomhulde tablet bevat 200 mg ribocicil (als ribocicilbuccinaat). **Indicatie** Behandeling van vrouwen met lokaal gevorderde of gemetastaseerde HR-positieve, HER2-negatieve borstkanker in combinatie met een aromataseremmer of fulvestrant als initiële endocrienegebaseerde therapie, of bij vrouwen die eerdere endocriene therapie hebben ontvangen. Bij pre- of perimenopauzale vrouwen moet de endocriene therapie worden gecombineerd met een luteïniserend-hormoon-releasing-hormoon(LHRH)-agonist. **Farmacotherapeutische groep** Proteïnekinaserepressoren **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor de werkzame stof, voor pinda's of soja of voor een van de andere hulpstoffen **Waarschuwingen** De werkzaamheid en veiligheid van ribocicil is niet onderzocht bij patiënten met kritieke viscerale ziekte. Er dient een volledig bloedbeeld (CBC) te worden bepaald voordat er met de behandeling met Kisqali wordt begonnen. Nadat de behandeling begonnen is, dient de CBC periodiek gecontroleerd te worden. Kisqali kan neutropenie veroorzaken, waardoor het nodig kan zijn om de dosis te verlagen, de behandeling te onderbreken of te stoppen. Voordat de behandeling met Kisqali gestart wordt dienen leverfunctietesten te worden gedaan. Nadat er met de behandeling is begonnen, dient de leverfunctie periodiek te worden gecontroleerd. Afhankelijk van de ernst van de verhoging van de transaminasen kan het nodig zijn de dosis van Kisqali te verlagen, of de behandeling te onderbreken of te stoppen. Voordat de behandeling met Kisqali gestart wordt moet het ECG beoordeeld worden. Kisqali mag alleen gestart worden bij patiënten met een QTc-vaarde die lager is dan 450 msec. Gebruik van Kisqali dient te worden vermeden bij patiënten die al een verlengde QTc-tijd hebben of bij patiënten die hier een aanzienlijk risico op lopen. Tijdens de behandeling dient de QTc-vaarde regelmatig gecontroleerd te worden. Voor de start van en tijdens de behandeling moeten de serumelektrolyten gecontroleerd en indien nodig gecorrigeerd worden. Afhankelijk van de waargenomen verlenging van de QT-tijd tijdens de behandeling kan het nodig zijn de dosis van Kisqali te verlagen, of de behandeling te onderbreken of te staken. Gelijktijdig gebruik van Kisqali met geneesmiddelen die de QTc-tijd verlengen en/of met sterke CYP3A4 remmers dient te worden vermeden. Kisqali wordt niet aanbevolen voor gebruik in combinatie met tamoxifen. Ribocicil is een sterke CYP3A4-remmer. Voorzichtigheid is geboden in geval van gelijktijdig gebruik met CYP3A4-substraten met een smalle therapeutische breedte. Gelijktijdig gebruik van Kisqali met sterke CYP3A4-remmers dient te worden vermeden; Als behandeling met een sterke CYP3A4-remmer niet kan worden vermeden, moet de dosis van Kisqali worden aangepast. Vrouwen die zwanger kunnen worden, moeten gedurende de behandeling met Kisqali en tot ten minste 21 dagen na de laatste dosis een effectieve methode van anticonceptie toepassen. **Bijwerkingen** Zeer vaak infecties, neutropenie, leukopenie, anemie, verminderde eetlust, hoofdpijn, duizeligheid, dyspneu, hoest, misselijkheid, diarree, braken, constipatie, stomatitis, buikpijn, alopecia, huiduitslag, pruritus, ruppijn, vermoeidheid, perifere oedeem, asthenie, pyrexie, afwijkende leverfunctietesten **Vaak** lymfopenie, trombopenie, febrile neutropenie, hypocalciëmie, hypokaliëmie, hypofosfatemie, vertigo, verhoogde traanvoorming, droge ogen, syncope, dysgeusie, dyspepsie, hepatotoxiciteit, erytheem, droge huid, vitiligo, droge mond, orofaryngeale pijn, verhoogd bloedcreatinine, verlengde QT-tijd in het elektrocardiogram. **Afleverstus UR Verpakking en prijs** Zie Z-index Vergoeding Financiering verloopt via add-on **Registratiehouder** Novartis Europharm Limited **Lokale vertegenwoordiger** Novartis Pharma B.V., Haaksbergweg 16, 1101 BX Amsterdam. **Meer informatie** Voor meer informatie kunt u bellen met 088-0452555. De volledige productinformatie kunt u raadplegen via www.novartis.nl/medicijnen. **Datering verkorte productinformatie** september 2019.

Referenties:

1. Im S-A, et al: Overall Survival with Ribocicil plus Endocrine Therapy in Breast Cancer; DOI: 10.1056/NEJMoa1903765
2. SmPC Kisqali

 NOVARTIS

 **KISQALI®**
ribocicil

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 transmdermale fentanyl per uur, ten minste 30 mcg oxycodon per dag, ten minste 8 mg orale 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 om 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. **Dosistijdstelling:** De dosis van PecFent dient alleen te worden verhoogd als de dan gebruikte dosis de BTP gedurende een aantal opeenvolgende episoden niet adequaat kan behandelen. Herzie de achtergrondtherapie met opioïden als de patiënt constant merkt 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 ondervindt. 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 ondergaan 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 stabiliseerd 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 intracraniale druk. Fentanyl kan bradycardie veroorzaken; PecFent dient daarom voorzichtig te worden gebruikt bij patiënten met eerder opgetreden of bestaande bradyaritmieën. 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 nierinsufficiëntie; aangetoond is dat bij intraneuze toediening de klaring van fentanyl verandert bij lever- en nierinsufficiëntie, 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 gestopt. 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:** desoriëntatie, dysgeusie, duizeligheid, somnolentie, hoofdpijn, epistaxis, rinorroe, nasaal ongemak, braken, nausea, constipatie en pruritus. **Voorzorgsmaatregelen:** de SPC te raadplegen voor andere bijwerkingen. **Nummers van handelsvergunning:** EU/1/06/644/001-7. **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-axe. **Datum:** 2019 (v2).

Referenties: 1. Fisher A, Walting 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, Raffa W, Torres LM et al. *J. Opioid Manag.* 2010;6(5):319-328 5. Samenvatting van de productkenmerken PecFent, september 2018

KKIN/PEC/0028

 KYOWA KIRIN

Verkorte productinformatie XTANDI™ 40 mg filmomhulde tabletten

Samenstelling: Elke filmomhulde tablet bevat 40 mg enzalutamide. **Farmacotherapeutische groep:** hormoon-antagonisten en verwante middelen, anti-androgenen, ATC-code: L02B04. **Therapeutische indicaties:** De behandeling van volwassen mannen met niet-gemetastaseerd hoogrisico-CRPC (castratieresistent prostaatkarcinoom); de behandeling van volwassen mannen met gemetastaseerd CRPC die asymptotisch of licht symptomatisch zijn na falen van androgeendepriatietherapie voor die behandeling met chemotherapie nog niet klinisch geïndiceerd is; de behandeling van volwassen mannen met gemetastaseerd CRPC bij wie de ziekte progressief was tijdens de na behandeling met docetaxel. **Dosering en wijze van toediening:** Behandeling met enzalutamide moet worden gestart en gemonitord door gespecialiseerde artsen die ervaring hebben met de medische behandeling van prostaatkanker. De aanbevolen dosis is 160 mg enzalutamide (vier filmomhulde tabletten van 40 mg) als eenmaal daagse orale dosis met of zonder voedsel. De filmomhulde tabletten mogen niet worden versneden, verpulverd of gekauwd, maar moeten in hun geheel worden doorslikt met water. Bij patiënten die niet operatief zijn gecastreerd, dient chemische castratie met een Luteïniserend Hormone-Releasing Hormoon (LHRH)-analoog tijdens de behandeling te worden voortgezet. Als een patiënt Xtandi niet op het gebruikelijke tijdstip inneemt, dient de voorgeschreven dosis zo dicht mogelijk op het gebruikelijke tijdstip te worden ingenomen. Als een patiënt een dosis van een hele dag mist, dient de behandeling de volgende dag met de gebruikelijke dagelijkse dosis te worden hervat. Bij een ≥ 3 toxiciteit of onverdraaglijke bijwerking, dient de behandeling gedurende een week gestopt te worden of tot symptomen verbeteren tot \leq graad 2. Vervolgends dient de behandeling, indien gerechtvaardigd, hervat te worden op dezelfde of een verlaagde dosis (120 mg of 80 mg). Er is geen dosisaanpassing noodzakelijk bij lichte, matige of ernstige leverinsufficiëntie. Voorzichtigheid is geboden bij ernstige nierinsufficiëntie of terminale nierziekte. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Vrouwen die zwanger zijn of kunnen worden. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** **Risico op insult:** Gebruik van enzalutamide is geassocieerd met insulten. De beslissing over voortzetting van de behandeling bij patiënten die een insult ontwikkelen, dient per geval te worden genomen. **Posterieur reversibel encefalopathieyndroom (PRES) gemeld.** PRES is een zeldzame, reversibele, neurologische aandoening, die zich kan presenteren met snel ontwikkelende symptomen waaronder insulten, hoofdpijn, verwardheid, blindheid en andere visuele en neurologische symptomen, met of zonder geassocieerde hypertensie. Een diagnose van PRES vereist een bevestiging door middel van beeldvorming van de hersenen, bij voorkeur door magnetische resonantie-imaging (MRI). Het wordt aanbevolen om de behandeling met Xtandi te stoppen bij patiënten bij wie zich PRES ontwikkelt. **Gelijktijdig gebruik met andere geneesmiddelen:** Enzalutamide is een krachtige enzyminductor en kan leiden tot het verlies van werkzaamheid van veel vaak gebruikte geneesmiddelen. Daarom dient een evaluatie van gelijktijdig gebruikte geneesmiddelen uitgevoerd te worden bij het starten van de enzalutamidebehandeling. Gelijktijdig gebruik van enzalutamide met geneesmiddelen die gevoelige substraten zijn van vele metaboliserende enzymen of transporters dienen over het algemeen vermeden te worden als het therapeutische effect van deze geneesmiddelen van groot belang is voor de patiënt en dosisaanpassingen niet makkelijk uitgevoerd kunnen worden op basis van monitoring van werkzaamheid of plasmaconcentraties. Gelijktijdige toediening met warfarine en coumarine-achtige anticoagulantia dient te worden vermeden. Wanneer Xtandi gelijktijdig wordt toegediend met een anticoagulans dat wordt gemetaboliseerd door CYP2C9 (zoals warfarine of acenocoumarol) dient extra International Normalised Ratio (INR) monitoring te worden uitgevoerd. **Nierinsufficiëntie:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie, omdat enzalutamide niet is onderzocht bij deze patiëntenpopulatie. **Ernstige leverinsufficiëntie:** Een toegenomen halfwaardetijd van enzalutamide is waargenomen bij patiënten met een ernstige leverinsufficiëntie, waarschijnlijk gerelateerd aan een toegenomen weefsel distributie. De klinische relevantie van deze observatie blijft onbekend. Een langere tijd om de steady-state plasmaconcentraties te bereiken wordt echter verwacht, en zowel de tijd tot maximaal farmacologisch effect als de tijd tot start en afname van de enzyminductie kan worden verlengd. **Recente hartaandoeningen:** In de fase 3-studies werden patiënten uitgesloten van het recente myocardinfarct (in de voorgaande 6 maanden) of onstabiele angina (in de voorgaande 3 maanden), hartfalen Klasse II of IV van de New York Heart Association (NYHA) behalve bij een linkerventriellejectiefractie (LVEF) $\geq 45\%$, bradycardie of ongecontroleerde hypertensie. Hier dient rekening mee gehouden te worden wanneer Xtandi bij deze patiënten wordt voorgeschreven. **Androgeendepriatietherapie kan het QT-interval verlengen:** Bij patiënten met een voorgeschiedenis van of risico op QT-verlenging en bij patiënten die gelijktijdig geneesmiddelen gebruiken die mogelijk het QT-interval kunnen verlengen, dient de arts de baten/risicoverhouding, inclusief de kans op torsade de pointes, te beoordelen voorafgaand aan de start van Xtandi. **Gebruik in combinatie met chemotherapie:** De veiligheid en werkzaamheid van gelijktijdig gebruik van Xtandi met cytotoxic chemotherapie zijn niet vastgesteld. Gelijktijdige toediening van enzalutamide heeft geen klinisch relevant effect op de farmacokinetiek van intraneuze docetaxel, een toename in het optreden van docetaxel-geïnduceerde neutropenie kan echter niet worden uitgesloten. **Hulpstoffen:** Xtandi bevat sorbitol (E420). Patiënten met een zeldzame erfelijke fructose-intolerantie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Overgevoeligheidsreacties:** Overgevoeligheidsreacties zijn waargenomen met enzalutamide, zich manifesteerend met symptomen als, maar niet beperkt tot, huiduitslag van geleels, tong-, lip- of farynxoedeem. **Interacties:** Sterke remmers van CYP2C8 dienen vermeden te worden of met voorzichtigheid gebruikt te worden tijdens de behandeling met enzalutamide. Aan patiënten ook een sterke CYP2C8 dient te worden toegediend, dient de dosis van enzalutamide verlaagd te worden naar 80 mg eenmaal daags. Enzalutamide is een sterke enzyminductor en kan leiden tot verlies of vermindering van klinisch effect van geneesmiddelen die gevoelige substraten zijn van CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 of UGT1A1. Als het therapeutische effect van deze geneesmiddelen van groot belang is voor de patiënt en dosisaanpassingen niet makkelijk uitgevoerd kunnen worden op basis van monitoring van werkzaamheid of plasmaconcentraties dienen deze geneesmiddelen vermeden of met voorzichtigheid gebruikt te worden. Bij gelijktijdig gebruik dienen patiënten geëvalueerd te worden op het mogelijke verlies van farmacologische effecten (of toename van de effecten in gevallen waarbij actieve metabolieten worden gevormd) tijdens de eerste maand van behandeling met enzalutamide. Indien nodig dient een dosisaanpassing overwogen te worden. Effecten op enzymen kunnen gedurende een maand of langer na het stoppen met enzalutamide aanhouden. Een geleidelijke dosisverlaging van het gelijktijdig toegediende geneesmiddel kan noodzakelijk zijn wanneer er wordt gestopt met de enzalutamidebehandeling. Ook P-gp, MRP2, BCRP en OAT1B1 kunnen mogelijk geïnduceerd worden. Geneesmiddelen met een nauw therapeutisch bereik die substraten zijn voor P-gp dienen met voorzichtigheid te worden gebruikt wanneer ze gelijktijdig worden

toegeediend met enzalutamide en kunnen mogelijk dosisaanpassingen nodig hebben om optimale plasmaconcentraties te behouden. Omdat androgeendepriatietherapie het QT-interval kan verlengen, dient het gelijktijdig gebruik van enzalutamide met geneesmiddelen waarvan bekend is dat zij het QT-interval verlengen of geneesmiddelen die torsade de pointes kunnen induceren zorgvuldig afgewogen te worden. **Bijwerkingen:** **Samenvatting van het veiligheidsprofiel:** De meest voorkomende bijwerkingen zijn asthenie/vermoeidheid, opvliesers, fracturen en hypertensie. Andere belangrijke bijwerkingen zijn vallen, cognitieve stoornis en neutropenie. Insulten traden op bij 0,4% van de met enzalutamide behandelde patiënten, bij 0,1% van de met placebo behandelde patiënten en bij 0,3% van de met bicalutamide behandelde patiënten. Zeldzame gevallen van het posterieure reversibele encefalopathieyndroom zijn gerapporteerd bij patiënten die zijn behandeld met enzalutamide. **Lijst met bijwerkingen in tabelvorm:** De bijwerkingen waargenomen tijdens klinische studies worden hieronder per frequentiecategorie opgesomd. De frequentiecategories van bijwerkingen worden als volgt gedefinieerd: zeer vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$), soms ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), zelden ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$), zeer zelden ($< 1/10000$) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Binnen elke frequentiegroep zijn de bijwerkingen gerangschikt op afnemende ernst.

Bijwerkingen die zijn vastgesteld in de gecontroleerde klinische studies en post-marketing

MedDRA Systeem/orgaanklasse

Bloed- en lymfestelselaandoeningen
Immuunsysteemaandoeningen
Psychische stoornissen
Zenuwstelselaandoeningen

Hartaandoeningen
Bloedvataandoeningen
Maagdarmstelselaandoeningen
Huid- en onderhuidsaandoeningen
Skeletspierstelsel- en bindweefselstoornissen
Voortplantingsstelsel- en voortplantingsstoornissen
Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen
Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties

Vaak: vallen

* Spontane meldingen afkomstig van post-marketingervaring
¥ Geëvalueerd aan de hand van nauw begrensde zoekbewerkingen (narrow SMQ) van 'Convulsies' met inbegrip van convulsie, 'grand mal'-convulsie, complexe partiële insulten, partiële insulten en status epilepticus. Dit omvat ook zeldzaam voorkomende insulten met complicaties die overlijden tot gevolg hebben.
† Geëvalueerd aan de hand van nauw begrensde zoekbewerkingen (narrow SMQ) van 'Myocardinfarct' en 'Andere ischemische hartziekte' met inbegrip van de volgende voorkeurstermen waargenomen bij ten minste twee patiënten in gerandomiseerde, placebogecontroleerde fase 3-onderzoek: angina pectoris, kransslagaderaanomding, myocardinfarct, acuut coronairyndroom, instabiele angina pectoris, myocardisch infarct en kransslagaderarteriosclerose.
‡ Omvat alle voorkeurstermen met het woord 'traactor' bij toet.

Beschrijving van geselecteerde bijwerkingen: **Insult:** In de gecontroleerde klinische studies kregen 13 patiënten (0,4%) van de 3.179 patiënten die behandeld werden met een dagelijkse dosis van 160 mg enzalutamide een insult, terwijl één patiënt (0,1%) die behandeld werd met placebo en één patiënt (0,3%) die behandeld werd met bicalutamide een insult kregen. De dosis lijkt een belangrijke voorspeller van het risico op insult te zijn, zoals weergegeven in preklinische gegevens en gegevens uit een dosisescalatiestudie. In de gecontroleerde klinische studies werden patiënten met een eerder insult of risicofactoren voor het krijgen van een insult uitgesloten. In de single-armstudie 9785-CL-0403 (UPWARD) om de incidentie van insulten te beoordelen bij patiënten met predisponerende factoren voor een insult (waarbij 16% een voorgeschiedenis van insulten had), kregen 8 (2,2%) van de 366 patiënten die met enzalutamide behandeld werden, een insult. De mediane duur van de behandeling was 9,3 maanden. Het mechanisme waardoor enzalutamide de insultdrempel kan verlagen is niet bekend, maar kan te maken hebben met gegevens uit *in-vitro*-onderzoeken waaruit blijkt dat enzalutamide en de actieve metabool erin zich binden aan en de activiteit kunnen remmen van het GABA-gereguleerde chloriedkanaal. **Ischemische hartziekte:** In gerandomiseerde, placebogecontroleerde klinische studies trad ischemische hartziekte op bij 2,5% van de patiënten die werden behandeld met enzalutamide plus androgeendepriatietherapie (ADT) vergeleken met 1,3% van de patiënten die werden behandeld met placebo plus ADT. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen:** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voorleiden en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. **Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg** wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlandstalige bijwerkingen Centrum Lareb, website www.lareb.nl. **Afleverstatus:** XTANDI is uitsluitend verkrijgbaar op recept. **Raadpleeg volledige productinformatie (SmPC) op www.astellas.nl.** Astellas Pharma B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden. **Versie:** november 2018.

Referenties: 1. Beer TM et al. *N Engl J Med* 2014; 371: 424-433; 2. Xtandi Summary of Product Characteristics; 3. Hussain M et al. *N Engl J Med* 2018; 378: 2465-74; 4. Fields J et al. *Curr Ther Res.* 2015; 77:79-92; 5. US FDA Shape, size, and other physical attributes of generic tablets and capsules. *Guidance for Industry*, 2015; 6. Overgaard ABA et al. *Pharm World Sci.* 2001; 23(5): 185-88.

 Xtandi™
enzalutamide

 astellas

NAJTD0119/00068

HOEVEEL OMZET WILT U ER DIT JAAR BIJ?

Kies één van onze nieuwe Business lidmaatschappen en ontmoet zomaar uw nieuwe beste klant!

Vanaf
€ 750,-
per jaar

BURGGOLF FACTS:



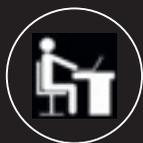
Hoeveel Business wilt u erbij?

- Toegang tot het grootste Business netwerk van Nederland
- Tijdens een ronde golf van 4 uur maakt u een blijvende indruk



Houdt u van flexibel ondernemen?

- BurgGolf Business lidmaatschappen kennen geen opzegtermijnen
- Stel uw greenfee pakket naar eigen wens samen



Een kantoor door heel Nederland?

- 6 Inspirerende locaties voor uw relatiebeheer
- Meeting faciliteiten onmiddellijk tot uw beschikking



Is bij u Business ook fun?

- Onbezorgd golfen op 6 kwaliteitsbanen in Nederland
- Ontwerper van inspirerende en impactvolle events



BurgGolf

www.burggolf.nl

❶ De Purmer ❷ De Haverleij ❸ Sint Nyk ❹ Gendersteyn ❺ De Berendonck ❻ Westerpark



Wij komen graag bij u langs om de mogelijkheden te bespreken! Geert Frommé - g.fromme@burggolf.nl

Een zorg minder met Van der Laan Medical

“Medici hebben behoefte aan één loket waar ze hun financiële zaken, en alles wat daar bij komt kijken, kunnen regelen. Dat loket biedt Van der Laan Medical.” Dat zegt belastingadviseur Thijs van der Laan. Zijn kantoor is al vele jaren actief en richt zich louter en alleen op de medische sector. “Daardoor hebben wij veel kennis in huis en bieden we onze klanten de beste oplossing voor hun financiële en fiscale vragen.”



Tandartsen, huisartsen, fysiotherapeuten, dierenartsen, medisch specialisten, ze zijn allemaal druk met hun werk en hebben vaak onvoldoende tijd om hun financiële zaken goed te organiseren. “Sterker nog, ze zien hun zakelijke beslommeringen vaak als een noodzakelijk kwaad”, zegt Van der Laan. “We merken dat klanten het op prijs stellen wanneer deze zaken door een specialist geregeld worden.”

Echter, Van der Laan Medical heeft niet alle wijsheid in pacht en schakelt waar nodig specialisten van elders in. “De klant wordt daarvan op de hoogte gebracht, maar houdt één aanspreekpunt en meestal ben ik dat”, geeft Van der Laan aan.

Financieel planner

Een van die specialisten is financieel planner en adviseur Henk Guliker. “Je ziet in de markt twee grote veranderingen”, zegt hij. “Accountants stellen de jaarrekening op en bespreken deze met hun klant, zonder dat ze er verder iets mee doen. En banken willen hun klanten wel helpen met financiële vraagstukken, maar maken min of meer een terugtrekkende beweging. Daar springen wij op in. Medici hebben behoefte aan een één loketsysteem, aan één vertrouwenspersoon die zijn financiële zaken behartigt. En dat kan heel ver gaan, tot bijvoorbeeld het opzetten van een maatschap aan toe.” Dit doet Van der Laan Medical volledig onafhankelijk.

“Het maakt ons niet uit waar de cliënt een hypotheek afsluit, een verzekering afneemt of een lening aangaat, wij streven altijd naar het beste resultaat. Dat is onze drijfveer. Het enige belang dat wij hebben is het belang van de klant.”

Snel schakelen

“Vanuit de jaarrekening en de aangifte inkomstenbelasting kan ik veel informatie halen, waarmee de klant zijn of haar voordeel kan doen”, vervolgt Van der Laan. “Zo had ik laatst nog een klant die een hypotheek had waarbij hij nog vijf procent rente betaalde. Dat heb ik in overleg meteen bij Henk neergelegd, die vervolgens met een veel beter voorstel kwam. Dat werkt echt fantastisch. We kunnen door deze manier van werken snel schakelen en dat komt onze klanten ten goede.”

“Wij streven niet naar snelle groei”, besluit Van der Laan. “We kennen al onze klanten bij naam en dat willen we zo houden. Mensen kennen, weten wat er speelt en vervolgens goed bedienen, daar is behoefte aan en dat kunnen wij bieden.”

Meer informatie:
www.vanderlaanmedical.nl





Studio Slow

slow living
jandejong

Store

Jan de Jong is een bijzonder familiebedrijf, sinds 1899 is onze winkel gevestigd in Leeuwarden. Rust, eenvoud en natuurlijke materialen. Bij ons geen pan-klaar eendimensionaal amusement, maar bezieling en een eigenwijze mix, creatief en gelaagd. Het gaat om sfeer en energie, betrokkenheid en bewuste aanschaf van meubelen.

Studio

Studio Slow is er voor losse adviestrajecten en totaalconcepten, van ontwerp tot realisatie. Voor elke opdrachtgever die een ontwerp ambieert dat met hoofd, hart en handen gemaakt is.

Met aandacht en toewijding vormgegeven, vanuit gebalde kennis en hartstocht. Concepten die langer mee gaan dan de waan van de dag.

Slow Living

Slow Living spreekt een taal die we vergeten lijken te zijn. Het is simpel en puur, het raakt aan alle zintuigen. Kom weer thuis in je eigen huis, it's time to take it slow. Een pleidooi voor langzaam leven en wonen in de praktijk. Ons werkgebied is heel Nederland, ontdek op deze site wie we zijn, wat we doen en waar we voor staan. Welkom!

Kijk op jandejonginterieur.nl of studioslow.nl voor meer info en onze gerealiseerde projecten.



Bij de Rabo Medicidesk zijn jouw financiën onze zorg

Onze accountmanagers begrijpen hoe belangrijk het is om op het gebied van gezondheidszorg met je mee te denken.

Rabobank.nl/medicidesk

