



oedeem & oncologie

Jaargang 23 • nummer 4 • december 2020

Boekbespreking

Tegenkracht

De benen van m'n oma, werkboek
voor vrouwen met lipoeedeem

Producten getest

Perfect|Fit

Praktijktip

Pinktrainer

Productinformatie

Huidirritatie bij lymftaping



- Landelijke Overleg Paramedische en Psychosociale Oncologische Zorg
- Internettherapie: Minder Moe bij Kanker
- Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie
- Landelijke Consensus Werkwijze Acute Huidreacties Radiotherapie

Wij draaien er niet langer om heen!

**VaroCare
wordt vergoed
door alle zorg-
verzekeraars!**

VaroCare klittenbandsysteem: het nieuwe zwachtelen. Dit aanpasbare zwachtelsysteem met klittenbandsluitingen waarmee je snel en effectief oedeem reduceert, is in onze ogen het beste alternatief voor traditioneel zwachtelen. VaroCare is de klittenbandzwachtel bij uitstek voor zelfredzaamheid: uw patiënt neemt actief deel aan zijn eigen therapie. Bijzondere eigenschappen:

-  **Makkelijk (zelf) aan te trekken**
-  **Eenvoudig aan te meten**
-  **Aanpasbare sluitingen**
-  **Op recept te bestellen**
-  **Snel leverbaar**
-  **Duurzaam**
-  **Premium kwaliteit**

VARODEM®



www.varodem.nl/varocare



Colofon

O² is een kwartaaluitgave van de NVFL, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie en Oncologie. Het wordt toegezonden aan de leden van de genoemde vereniging.

Bestuur NVFL

Voorzitter: Joeri Gilissen
Secretaris: Martina Daelmans
Penningmeester: Natascha Plate
Voorzitter regiocommissie: Bertilda Nauta
Voorzitter PR-commissie: Karin Weijer
Voorzitter Wetenschap Oedeem en Oncologie: Michelle Verseveld

Verenigingsadres

p/a KNGF, Postbus 248, Amersfoort

Redactie

Silvia Boonman-de Vos, Annette Emmink,
Conny Robbeson, Adrie Nieuwenhuijsen,
Maaïke Matthijse-de Jonge

Redactieadres

NVFL, p/a Stadsring 159b, 3817 BA Amersfoort,
Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

Aanleveren kopij

Via het redactieadres of, bij voorkeur, per e-mail.
Wij maken voor het inleveren van kopij gebruik van: O2@nvfl.nl.

Richtlijnen

Richtlijnen voor het schrijven & aanleveren van een artikel of casus zijn te vinden op www.nvfl.nl onder het kopje Oedeminus/O².

Advertentie-exploitatie

Bureau van Vliet B.V.,
Postbus 20, 2040 AA Zandvoort

Ontwerp en opmaak

Qno grafische vormgeving, Apeldoorn

Druk

Montana bvba, Ham, België

Abonnementen

Voor leden is het tijdschrift gratis. Voor niet-leden bedraagt het abonnementsstarief € 35,00 per hele jaargang bij verzending in Nederland. Losse nummers kosten € 9,00 per stuk. Abonnementen en losse nummers kunnen besteld worden op het verenigingsadres.

Abonnementsvoorwaarden

Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan. Een abonnement wordt eenmaal per jaar bij voorfacturering voor het aankomende jaar berekend en belast. Beëindiging van het abonnement is mogelijk op elk moment in het jaar, met inachtneming van een maand opzegtermijn. Indien u uw abonnement wilt stopzetten, vindt verrekening plaats met eventueel reeds betaald abonnementsgeld. U betaalt dan alleen voor de maanden waarin u abonnee bent geweest en eventueel teveel betaald abonnementsgeld wordt aan u gecrediteerd.

Het overnemen of vermenigvuldigen van artikelen, of gedeelten daarvan, uit O² is slechts geoorloofd na schriftelijke toestemming van de redactie.

ISSN nummer: 2468-7359

Inhoud

- 2 Van de redactie
- 2 Van de voorzitter
- 3 Van de commissies
- 5 Boekbespreking: Tegenkracht
Silvia Boonman
- 6 Internettherapie: Minder Moe bij Kanker
Annette Emmink
- 9 Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie
Maaïke Matthijse
- 12 Boekbespreking:
De benen van m'n oma, werkboek voor vrouwen met lipoeedeem
Silvia Boonman
- 14 Zorg voor klachten na kanker moet en kan beter
dr. Chantal Lammens, dr. Joeri Gilissen,
prof. dr. Jourik Gietema, dr. Miranda Velthuis
- 15 Landelijke Consensus Werkwijze Acute Huidreacties Radiotherapie
Deel 1
Drs. Lia Kunkeler, Heleen Lintz-Luidens, Drs. Tom Rozema, Dr. Nicola Russell,
Prof. Dr. Esther Troost, Dr. Lia Verhoef, Dr. Joost Verhoeff
- 18 Producten getest: Perfect|Fit
Conny Robbeson
- 20 Praktijktip: Pinktrainer
Maaïke Matthijse
- 22 Productinformatie: Huidirritatie bij lymftaping
Silvia Boonman
- 25 Lipofilling: achtergrond en praktische tips
L. Habbema
- 28 Landelijke Overleg Paramedische en Psychosociale Oncologische Zorg
Conny Robbeson
- 30 Uitgelicht: Stichting NET groep
Informatie over neuro-endocriene kanker
Annette Emmink
- 32 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular
toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for
Practice Guidelines. Deel 1
Conny Robbeson
- 35 In gesprek met Marian van den Oever: Ofa Nederland
Marian van den Oever, Annette Emmink
- 36 Congresagenda



Foto: <https://nl.123rf.com/>

Geriatrische oncologische revalidatie



Dit is alweer de laatste editie van 2020. Wat is dit een bijzonder jaar geweest. Er heeft geen enkele redactievergadering fysiek plaats kunnen vinden. Gelukkig zijn er tegenwoordig genoeg mogelijkheden om een vergadering online uit te voeren. Daarnaast zijn wij normaal als redactieleden veel te vinden op zowel internationale congressen als congressen dichterbij huis. Vanuit deze congressen halen wij veel invulling voor ons blad. Helaas was dit in 2020 niet mogelijk, maar toch zijn wij erin geslaagd om vier gevulde edities uit te brengen. De complimenten voor mijn collega redactieleden!

Achter de schermen ben ik als eindredactrice de afgelopen tijd druk bezig geweest met het zoeken naar een nieuwe vormgever. Onze huidige vormgever Cuno gaat met pensioen. Wij bedanken Cuno voor zijn inzet in de vele jaren! Vanaf 2021 zullen wij zowel de

vormgeving als drukwerk via Crossmedia laten lopen. Na prettige gesprekken kijken wij uit naar deze samenwerking.

Wij wensen jullie alvast een gezond en gelukkig 2021!

Reageren? O2@nvfl.nl

Maaïke Matthijse-de Jonge,
Eindredactie



Beste collega's,

2020 is absoluut een bijzonder jaar te noemen als gevolg van de wereldwijde Covid-19 uitbraak. Ten tijde dat ik dit stukje op papier schrijf is net de tweede gedeeltelijke lockdown aangekondigd en wordt van ons allen verwacht om nog meer en strikter de maatregelen op te volgen. Ook in andere landen neemt het aantal besmettingen, maatregelen en lockdowns weer toe. De reguliere zorg in de ziekenhuizen is net als tijdens de 1^e 'golf' opnieuw afgeschaald. Het is de vraag of nog drastischer stappen nodig zijn. Hopelijk komt het niet zover en zorgen we er samen voor dat we elkaar rond de feestdagen in grotere samenstelling weer kunnen begroeten.

Verderop in deze O² staat een kort interview met mij over het *Landelijk Overleg Paramedische en Psychosociale Oncologische Zorg (LOPPSOZ)* en het *Nationaal Actieplan Kanker & Leven* dat op 11 september online is gepresenteerd. Met daarin aandacht voor de financiële drempels die worden ervaren indien fysiotherapie bij een oncologische patiënt noodzakelijk is.

Daarom hou ik het hier kort.

Voor nu veel plezier met het lezen van deze O² die weer met veel zorg is samengesteld door de redactie. Een compliment waard.

En alvast een goede afsluiting van 2020 in goede gezondheid toegewenst. Hopelijk met genoeg mensen om je heen. En dat 2021 een wat minder uitdagend jaar mag worden.

Reageren? info@nvfl.nl

Joeri Gilissen
Voorzitter NVFL



Even voorstellen: Karin Weijer

Sinds december 2019 maak ik deel uit van de NVFL, als bestuurslid, met de portefeuille PR en Communicatie.

Met communicatie willen we het volgende bereiken:

- Leden informeren over de nieuwste ontwikkelingen op bestuurlijk, wetenschappelijk en vakinhoudelijk niveau.
- Patiënten, verwijzers en overige stakeholders informeren over de toegevoegde waarde van oedeemfysiotherapie en/of oncologiefysiotherapie bij de behandeling van kanker.

We beschikken over de volgende communicatiemiddelen: de NVFL-website; de digitale Nieuwsbrief voor de leden (maandelijks); het Tijdschrift O²; de NVFL-App; de Social media (Fb en LinkedIn); de website Fysiotherapie en Kanker (website voor consumenten); folders en flyers van de NVFL over Oedeem en Oncologie.

Dit jaar ben ik vooral bezig geweest om de bestaande communicatiemiddelen te evalueren en te updaten, dit i.s.m. een extern adviseur.

Verder is gewerkt aan verschillende projecten zoals natuurlijk de samenwerking met Onconet. Dit vraagt om een goede communicatie naar de leden en de buitenwereld.

Ook zijn we bezig met het Nationaal fonds tegen Kanker om de campagne “Val niet stil als je kanker hebt” nieuw leven in te blazen, maar door Covid-19 is dit iets vertraagd.

Daarnaast wordt de nieuwe website van het KNGF en de NVFL dit jaar nog gelanceerd: overzichtelijker en gebruiksvriendelijker..

Wat zijn dan nog de wensen voor mij als portefeuillehouder PR en communicatie voor 2021? Dat is als eerste het bereiken van onze potentiële leden (niet leden en afgestudeerden). Wij als NVFL willen duidelijker zichtbaar zijn op de opleidingen, bijvoorbeeld aanwezig zijn bij het afstuderen, een welkomstpakket aanbieden, 50% korting op het eerste jaar lidmaatschap etc. En als tweede willen we onze verwijzers (huisartsen, oncologen, dermatologen, specialistische verpleegkundigen en revalidatieartsen) beter informeren over de (na)zorg die onze leden kunnen bieden aan patiënten met oedeem en/of kanker.

Dus nog genoeg werk aan de winkel...

Karin Weijer,

Portefeuillehouder PR en communicatie



Een **lichter**
leven voor
elke patiënt!

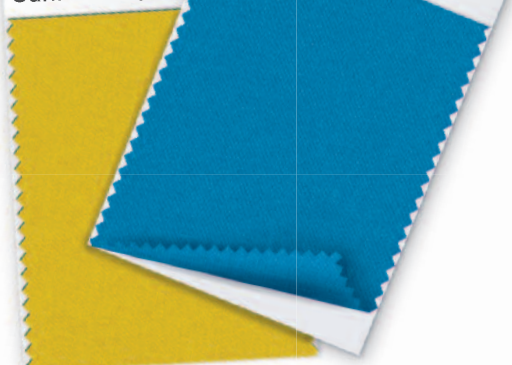
Kies voor
een passende
oplossing,
kies voor
JOBST®

Compressie voor wie zijn leven kleur wil geven

JOBST® Opaque & JOBST® UltraSheer
trendkleuren 2020/2021

Sunflower geel

Lily blauw



Boekbespreking

Titel:	Tegenkracht
Auteurs:	Jelle Wolthuizen
Prijs:	€ 15,00
Aantal pagina's:	111
Aangeboden door:	Ruparo

Op 22 maart 2005 krijgt Jelle Wolthuizen te horen dat hij slokdarmkanker heeft. Een harde klap voor de fanatieke sporter. In dit boek vertelt hij het pad dat hij bewandelde tussen het ontstaan van de eerste klachten en uiteindelijk, een paar maanden na het oprichten van de stichting Tegenkracht, het verliezen van de strijd tegen kanker op 11 juni 2006.

In de tijdsgeest van nu, waarbij er steeds meer wetenschappelijke evidentie geldt voor bewegen en sporten tijdens en na behandelingen tegen kanker is het boek niet uniek. Maar het verhaal van Jelle speelt zich af in 2005/2006, in die tijd werd elke patiënt vooral verzocht om rustig aan te doen tijdens en na het krijgen van behandelingen tegen kanker. Echter gaat dit geheel in tegen de gedachtes van Jelle. Hij wilde zo fit mogelijk de fysieke en mentale ongemakken van de operatie, chemokuur en bestraling het hoofd bieden. "Zijn overtuiging was dat je deze zware periode dan beter en sterker doorkomt als het lichaam fit is", aldus Matijs Jansen. Een overtuiging die zijn tijdgeest ver voor was....

'bewegen is beter dan in bed blijven liggen'.

In het boek neemt Jelle je mee in zijn zoektocht naar hoe om te gaan met de behandelingen en zijn eeuwige drang naar sporten en beweging. Op één vraag vond Jelle echter geen antwoord in zijn tijd: ben ik wel verstandig bezig? Hij wilde weten of de sportieve inspanning die hij leverde niet te zwaar was? Gesprekken met diverse specialisten boden geen soelaas. En zo ontstond zijn idee van een stichting die mensen helpt aan een op maat gemaakt sportplan, om hen te helpen zo fit en sterk mogelijk de behandelingen in te gaan en te doorstaan.. Op 4 november 2005 is stichting Tegenkracht een feit.



'Maar, zelfs als ik de strijd zou verliezen, dan nog ben ik ervan overtuigd dat de kanker het verkeerde slachtoffer heeft uitgekozen. Met behulp van de stichting Tegenkracht zullen vele patiënten in de toekomst de strijd met kanker aangaan. Zij zullen hierdoor een betere conditie krijgen en een sterkere moraal. Zo zullen nieuwe overwinnaars opstaan en zal de kanker er nog lang spijt van hebben dat hij mij ooit als slachtoffer heeft uitgekozen. En hier balen ze goed van, die foute cellen! Eigen schuld, dikke bult.'

Op 11 juni 2006 verloor Jelle de strijd tegen de kanker maar liet hij een stichting achter die inmiddels 2740 mensen heeft geholpen. ●

● **Silvia Boonman**
redactie

Internettherapie: Minder Moe bij Kanker

Minder Moe bij Kanker is één van de drie e-healthprogramma's die het Helen Dowling Instituut (HDI) aanbiedt. Vermoeidheid bij kanker kan je dagelijkse leven zo erg verstoren, dat je hier veel over piekert, er voortdurend mee bezig ben en/of er slecht van slaapt. Dat heeft een negatieve invloed op je werk- en privéleven. Het gaat hier met name over vermoeidheid waar vaak geen duidelijke medische verklaring (meer) voor is en geldt voor zowel lichamelijke als geestelijke vermoeidheid. Indien er wel een duidelijke medische oorzaak is die je kunt behandelen moet je dat natuurlijk eerst doen, maar vaak zeggen artsen ook "vermoeidheid hoort er ook bij". Minder moe bij kanker is een online therapie die 11 weken duurt en wordt vergoed via de basisverzekering.

Om meer te weten te komen over de achtergrond bij deze internettherapie, mocht ik Coen Völker interviewen.

Wie is Coen Völker?

Ik ben GZ-psycholoog, docent bij het Radboudumc Centrum voor Mindfulness en mindfulnesstrainer. Inmiddels 14,5 jaar werkzaam bij het Helen Dowling Instituut in Arnhem en Nijmegen.

Hoe ben je bij het Helen Dowling Instituut (HDI) terecht gekomen?

Nadat ik in de palliatieve zorg en psychiatrie werkte ben ik in 2006 bij het HDI begonnen. Ik vond het ook boeiend dat ze mindfulness-trainingen aanboden en ze bleken het eerste instituut in Nederland dat dit voor oncologiepatiënten heeft opgezet. Tegelijk ben ik supervisor en docent geworden voor de opleiding tot mindfulness-trainer bij het Radboud centrum voor Mindfulness in Nijmegen. Later zijn het Helen Dowling Instituut en het Radboudumc Centrum voor Mindfulness in gesprek gegaan om wetenschappelijk onderzoek samen te doen en daar is het BeMind onderzoek uitgekomen dat groepsmindfulness vergeleek met individuele online mindfulness voor de oncologie.

Hoe ben je geïnteresseerd geraakt in mindfulness?

Ik heb vanaf de start affiniteit gehad met mindfulnessprogramma's en ben dat ook als groepsprogramma's gaan geven. Zo ben ik ook betrokken geraakt bij het wetenschappelijk onderzoek als één van de trainers in de diverse programma's die we hebben gedaan. We merkten vanuit de klinische praktijk dat veel mindfulnessprogramma's heel goed aansloten bij de klachten die mensen hadden. Met name omdat ze vaak chronische klachten hadden die men niet 1, 2, 3 kon verminderen en we merkten dat het vaak ook te maken had met 'hoe leer je anders omgaan met de klacht die er nog steeds is'.

Mensen hebben soms het idee dat je iets kan verwerken als je ergens gaat praten en je emoties eruit hebt gegooit. En dat het dan klaar is, verwerkt is. Aan de ene kant klopt dat en aan de andere kant ook weer niet. Wat er aan klopt is dat je de invloed van angst fors minder kunt maken. In traumabehandelingen, typische verwer-



Helen Dowling Instituut

kingsbehandelingen, kan je ervoor zorgen dat mensen minder angst hebben als ze terugdenken aan de herinneringen in het ziekenhuis tijdens de behandelingen of op de momenten dat ze zich minder veilig hebben gevoeld. Dus angst is iets dat je meestal kunt verminderen.

Maar de invloed van zo'n ziekte op je leven is voor veel mensen een soort vonnis. Mensen kunnen chronische vermoeidheidsklachten overhouden, angst voor terugkeer van kanker, zich niet helemaal de oude voelen, last hebben van een verminderd concentratievermogen. Er zijn veel mensen die niet meer precies op dezelfde manier kunnen werken als voorheen. Sommige mensen kunnen geen kinderen meer krijgen, anderen kunnen niet hun studie vervolgen zoals ze hadden willen doen.

De ziekte kanker heeft dus impact op heel veel zaken. Aan één kant kun je via praattherapie mensen helpen te verwerken en minder emotioneel te worden. Maar dat je emotioneel bent is natuurlijk heel begrijpelijk, je hebt iets heel ernstigs meegemaakt dat je leven behoorlijk op de kop heeft gezet. We zien dat ongeveer tweederde van de mensen het redden op eigen kracht, met behulp van naasten, vrienden en familie. En ongeveer eenderde houdt echt forse psychische klachten over.

Een op de vier houdt, ook na jaren nog, chronische vermoeidheid over. Dat is vermoeidheid die dus niet vanzelf minder wordt. Datzelfde geldt ook voor angst voor terugkeer van kanker, dit wordt ook niet minder als je er niets aan doet. Zowel met vermoeidheid als angst voor de terugkeer van kanker, merken we dat we mensen kunnen helpen de klacht te verminderen, dat is één deel, de veranderingsgerichtheid. En die is heel belangrijk. Maar deel twee is de acceptatiegerichte kant van de verwerking en deze is minstens zo belangrijk.

● **Annette Emmink**
redactie



Binnen de acceptatiegerichte therapie leren mensen wat ze zelf kunnen doen om beter om te gaan met de klachten die ze hebben. Zodat ze er dus minder last van hebben. Het mindfulnessprogramma is een typisch acceptatiegericht programma. Voor een stukje zit daar verandering bij maar niet in de mate van typische klassieke cognitieve gedragstherapieprogramma's, die heel expliciet op verandering gebaseerd zijn. Beide zijn nodig en belangrijk. Als het gaat over klachten waarvan je kunt verwachten dat ze lange tijd kunnen aanhouden, dan zijn acceptatiegerichte behandelingen denk ik erg belangrijk.

Mogelijk volgt er acceptatie omdat mensen gaan praten en met hun verhaal voor de dag komen. Verhalen waarvoor mensen zich nog schamen, angst voor hebben of stress van hebben. Mensen die niet willen huilen zijn vaak veel emotioneler dan ze van zichzelf gewend zijn. Nogmaals, een deel kan dat prima zonder professionele hulp, een ander deel heeft echt professionele hulp nodig. Helaas is het zo nog steeds zo dat van het eerder besproken eenderde deel, maar eenderde deel daarvan daadwerkelijk bij een professional terecht komt. Er zijn nog steeds veel mensen die de weg niet weten te vinden, uit schaamte of omdat ze gewoonweg niet weten dat deze hulp er is.

Hoe zijn jullie tot deze online mindfulnessprogramma's gekomen?
We zagen goede resultaten bij de groepsbehandelingen mindfulness, kwaliteit van leven ging omhoog, slaapkwaliteit ging omhoog, minder piekeren en stress, maar we merkten ook dat mensen minder vermoeid raakten of in ieder geval anders leerden omgaan met hun energie en vermoeidheid. Voormalig HDI-directeur Bram Kuiper en Marije van der Lee (hoofd wetenschap-

pelijk onderzoek bij het HDI) kregen het idee om een individueel online mindfulnessprogramma te gaan aanbieden. In een fase dat ik nog heel sceptisch was over online aanbieden. Toen dacht ik "Dit doe je in groepen? Gaan mensen wel oefenen als ze een individueel mindfulness trainingsprogramma krijgen?". Want het is een intensief trainingsprogramma, waarin je zes van de zeven dagen oefeningen doet, een half uur tot een uur per dag. Net zoals mensen bij de fysiotherapeut ook oefeningen meekrijgen, krijgen ze bij ons ook oefeningen mee. Maar online? Zou dat nou echt werken, vroeg ik me af.

'We moeten niet zoeken naar één gouden medicijn dat voor iedereen werkt, maar afstemmen op wat werkt voor wie!'

De uitkomsten van de pilot waren, tot mijn verbazing, heel positief. Er waren niet alleen goede effecten op de vermoeidheid van patiënten. Ook voelden mensen zich heel 'gezien' door de therapeut. Terwijl ik ze nooit gezien heb want alles was via telefoon en mail! Dat gaf een heel bijzonder gevoel. Via e-mail en online is dus meer mogelijk dat ik dacht.

Wij hebben hiervan geleerd dat heel veel mensen het dus heel fijn vinden om zelfstandig online aan hun klachten te werken. Niet iedereen zit te wachten op lotgenoten. Dit programma spreekt dus een bepaalde doelgroep aan, die een zekere mate van zelfdiscipline heeft, die niet terugschrikt van online trajecten. Ik dacht wel dat alleen jonge mensen zich zouden aanmelden voor dit programma, maar de realiteit is dat ook ouderen geïnteresseerd zijn en met

behulp van familie (of het toch zelf uitvoeren) online aan de slag gaan.

Wat was het vervolg daarop?

We wilden het programma goed gaan onderzoeken via een dubbel promotieonderzoek. Onder andere Fieke Bruggeman-Everts heeft vanuit het HDI in samenwerking met het Roessingh in Enschede, het onderzoek 'Fitter na kanker' gestart onder begeleiding van Marije van der Lee. Het doel van de studie was te onderzoeken of twee online interventies effectief zijn in het verminderen van vermoeidheid. Het ging hierbij om een interventie begeleidt door een psycholoog/mindfulnesstrainer en een interventie begeleidt door een fysiotherapeut, beide zijn online. Uit deze studie blijkt dat beide online interventies succesvol zijn en bijdragen aan het verminderen van vermoeidheid bij kanker.

Daarom is de conclusie ook. We moeten niet zoeken naar één gouden medicijn dat voor iedereen werkt, we moeten afstemmen op wat werkt en voor wie! Sommige mensen hebben meer met bewegen, anderen vinden het fijn om te schrijven over hun mindfulnesservaringen, beiden werkt dus goed.

Naar aanleiding hiervan is contact gezocht met Radboudumc Centrum voor Mindfulness in Nijmegen. Met hen heeft het HDI opnieuw een dubbel promotieonderzoek opgezet waarin we individuele online mindfulness vergeleken met groepsmindfulness. Ook hieruit bleek dat beide therapievormen heel goed werken. Wel is de drop-out bij e-health groter dan bij groepsprogramma's. Online zijn met name de gebruiksvriendelijkheid, de doelen en de afstemming tussen de therapeut en de deelnemer heel belangrijk. Dus bij de start vragen we onder meer: Wat wil iemand doen, waarom en is het realistisch?

Hoe bepaal je voor wie dit programma geschikt is?

De screening is heel belangrijk. Ik stel altijd de volgende vraag: "Stel dat je na afloop van dit online programma nog steeds even moe bent als je nu bent, maar je hebt er minder last van, je kunt er beter mee omgaan, is het dan geslaagd of is het mislukt?". Antwoordt men met mislukt, dan hebben ze vaak meer baat bij een beweegprogramma of ander expliciet veranderingsgericht programma. Je ziet vaak dat het bij een aanmelding gaat om mensen die al veel verschillende therapieën hebben gevolgd, aan bewegingsprogramma's mee hebben gedaan, maar nog niet op hun oude niveau zitten. Als het moment komt dat de verbetering afvlakt bij bewegen gaat iemand verder kijken, omdat er iets extra's moet gebeuren. Bijvoorbeeld een gepersonaliseerd bewegingsprogramma in combinatie met gedragstherapie. Ofwel een mindfulnessprogramma dat meer gericht is op omgaan met en acceptatie, minder vechten en grenzen beter in de gaten houden. Dus als er geen éénduidige en behandelbare lichamelijke verklaring meer is voor de klachten en een plateau is bereikt. Dan voelt het zinvol om te kijken naar het psychische vlak en een psychologische behandeling zoals mindfulness te indiceren.

Er staan op jullie site ook duidelijk een aantal contra-indicaties.

Waarom het tegelijkertijd volgen van een meerdaagse medische revalidatie. Kun je dit uitleggen?

Ten eerste kunnen we bij het gelijktijdig volgen van twee vormen van therapie achteraf niet precies zeggen welke therapie gewerkt heeft als er vermindering is van vermoeidheid. Ten tweede is dit online HDI-programma een intensief programma, dus men moet niet midden in een medische behandeling zitten, of in een

verhuizing, of in een reorganisatie op het werk of midden in gezinsproblemen. Dan staat je hoofd wel naar andere dingen. Daarom is het moeilijk het programma te combineren met een meervoudige medische revalidatie.

En ben je dan in staat om zes van de zeven dagen een half uur tot een uur met deze training bezig te zijn? Prop je dat in een al overvol programma dan neemt de stress alleen maar toe. Dus is mijn vraag altijd:

Denk er dus goed over na. Kan bijvoorbeeld je partner de boodschappen doen, kan er een huishoudster komen?

Mensen moeten echt ruimte kunnen maken voor het programma. Het mooie is dan wel dat ik vaak aan het einde van de therapie hoor, dat men niet alleen ruimte heeft gemaakt voor het programma, maar uiteindelijk ook ruimte heeft leren maken voor zichzelf!

'Als je dit erbij doet, wat gaat er dan van je programma af?'

Hoe zit in het kort het programma in elkaar?

Er is 11 weken lang iedere week contact. We starten telefonisch, nadat de cliënt een uitgebreide vragenlijst heeft ingevuld. Na deze gesprekken kijken we of het inderdaad zinvol is om dit programma te gaan volgen. Is dit zo, dan wordt het programma klaar gezet. Wij lezen één keer per week de logboeken en schrijven een e-mail. Als het nodig is bellen we de mensen op. Maar de meeste mensen kunnen heel goed zelfstandig werken en kunnen vaak met onze vragen en suggesties al weer verder met hun programma.

Wat wij gedaan hebben is overstappen naar de derde generatie cognitieve gedragstherapie, namelijk de acceptatiegerichte cognitieve gedragstherapie waar mindfulness ook onder valt. En het programma uitgebreid met Acceptance en Commitmenttherapie (ACT), elementen met uitgebreidere psycho-educatie (met name rondom vermoeidheid). Dus er zijn een aantal elementen toegevoegd waarvan wij denken dat dit heel nuttig is. Bijvoorbeeld uit de cognitieve therapie heb je het piekerdagboek, dit is voor mensen die veel piekeren en daardoor slaapproblemen hebben en vermoeider zijn. Als je dit gestructureerder aanpakt kan dit goed helpen. Zo zijn er verschillende elementen die we hebben toegevoegd aan het mindfulnessprogramma.

Op de website www.hdi.nl/minder-moe-bij-kanker vind je meer informatie over het programma Minder Moe bij Kanker.

Dit programma geeft mensen weer het gevoel van regie en controle terug, omdat ze merken dat er andere manieren zijn die, als je ze toepast, grip op je klachten geven. En met een verwijfsbrief wordt het programma ook vergoed.

Coen bedankt voor je open en enthousiaste interview. ●

Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie

Kwetsbare (veelal oudere) mensen met kanker verblijven steeds vaker tijdelijk in een verpleeghuis. Omdat de begeleiding van deze kwetsbare mensen een specialistische aanpak vraagt, is het behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie (GOR) ontwikkeld. Het behandelprogramma is gebaseerd op de richtlijn Medisch Specialistische Revalidatie bij Oncologie en de bijbehorende module Kwetsbare (veelal oudere) patiënten met kanker zie www.richtlijnenatabase.nl. Het programma ondersteunt zorgverleners bij het opzetten en uitvoeren van geriatrische oncologische revalidatie. Een interview met een aantal betrokkenen (zie kader) bij dit project.

Wat is de doelgroep van het behandelprogramma?

De doelgroep van het behandelprogramma GOR is de kwetsbare geriatrische oncologische patiënt met een geriatrische revalidatiezorg (GRZ) indicatie. Het programma is gemaakt voor patiënten in elke fase in het oncologisch diagnose- en behandeltraject, waarbij de verwachting is dat terugkeer naar huis mogelijk is. Ook patiënten in de palliatieve fase met kans op terugkeer naar huis kunnen met het behandelprogramma op de GRZ-afdeling behandeld worden. Patiënten met forse cognitieve problemen of in de terminale fase komen niet in

- Ir. Saskia Lunter, projectmedewerker IKNL, procesbegeleider bij behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie
- Liv Ponjé, oedeem- en oncologiefysiotherapeut GRMN Bilthoven, knowledgebroker behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie
- dr. Carla Agasi-Idenburg, fysiotherapeut, gezondheidswetenschapper, docent master geriatrie Hogeschool Utrecht, lid werkgroep module Kwetsbare (veelal oudere) patiënten behorende bij de richtlijn Medische specialistische revalidatie bij oncologie
- Nynke Klaassens, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ en voorzitter van de werkgroep module Kwetsbare (veelal oudere) patiënten, behorende bij de richtlijn Medische specialistische revalidatie bij oncologie

● **Maaïke Matthijssen**
redactie



aanmerking voor behandeling volgens het behandelprogramma GOR op de GRZ-afdeling.

Hoe is het behandelprogramma GOR tot stand gekomen?

Tijdens de slotmanifestatie van het implementatieproject van de richtlijn Oncologische revalidatie (voorloper van de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie) in 2014 gaven medewerkers uit een aantal verpleeghuizen aan dat zij ook met deze richtlijn aan de slag wilden, omdat de behoefte aan revalidatie bij deze groep ouderen groeit. Revalidatie bij deze doelgroep

vraagt alleen een aangepast programma, omdat deze groep kwetsbaar is. Dit heeft er toe geleid dat de organisaties Evean Oostergouw, Laurens, GRMN, RSZK, Sint Jacob, met ondersteuning van IKNL, het behandelprogramma GOR en een handreiking voor implementatie van het behandelprogramma hebben ontwikkeld. Externe experts vanuit wetenschappelijke of beroepsverenigingen hebben feedback gegeven en Verenso heeft instemming verleend aan het programma. Het behandelprogramma GOR is gebaseerd op de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie, de module Kwetsbare (veelal oudere) patiënten (2018)



en op basis van best practices uit de geriatrie praktijk.

Wat is de inhoud van het behandelprogramma?

In het behandelprogramma GOR wordt het proces van signaleren, verwijzen en de intake beschreven. Ook wordt aandacht geschonken aan het therapeutische klimaat. De revalidatie bestaat uit een vijftal modules die op maat worden ingezet: informatievoorziening, fysieke training, psychosociale en spirituele begeleiding, coaching en energieverdeling en voeding.

In de module Informatievoorziening krijgt de revalidant informatie over de behandelmodules en staat het motiveren en toerusten om zelf de regie in handen te nemen (empowerment), centraal. De fysieke module bestaat uit het optimaliseren en/of handhaven van de gewenste fysieke conditie en activiteitsniveau. Zo ligt tijdens de curatieve fase het accent op het opbouwen en verbeteren van de fysieke conditie. In de palliatieve fase ligt meer de nadruk op het optimaliseren en behouden van fysieke conditie en activiteitsniveau van de revalidant. In de module Psychosociale en spirituele begeleiding wordt onder meer aandacht geschonken aan het leren omgaan met ziekte en de

beperkingen, bereiken van een nieuw emotioneel evenwicht en hervatten van dagelijkse bezigheden. In deze module wordt het sociale netwerk, zoals familie en naasten ook betrokken. In de module Coaching en energieverdeling wordt aandacht geschonken aan het omgaan met de beschikbare energie. Ook krijgt de revalidant grip op factoren die vermoeidheid in stand houden. De inzet van de module Voeding is de gewenste voedingstoestand en lichaamssamenstelling te handhaven en zo mogelijk optimaliseren. Tot slot gaat het behandelprogramma in op het ontslag en de nazorg van de revalidant.

Bij het behandelprogramma zijn diverse disciplines betrokken. Dit zijn fysiotherapie, diëtetiek, psychologie, maatschappelijk werk, ergotherapie en waar nodig geestelijk zorg. Ook is er een belangrijke rol weggelegd voor het zorgpersoneel die de revalidant dagelijks meemaakt.

Wat is het verschil met medische specialistische revalidatie (MSR) bij oncologie?

Het verschil tussen geriatrie revalidatiezorg en medisch specialistische revalidatiezorg, waar Medisch specialistische revalidatie bij oncologie onder valt, is in eerste instantie de kwetsbaarheid en belastbaarheid van de revalidant.

Geriatrie revalidatiezorg is geschikt voor lager belastbare revalidanten. De medisch specialistische revalidatiezorg is intensiever, en is geschikt voor meer belastbare revalidanten. Daarnaast is er verschil in behandeldoelstelling. De doelstelling binnen de geriatrie revalidatiezorg is gericht op het weer thuis kunnen functioneren en het zichzelf kunnen verplaatsen en verzorgen. Medisch specialistische revalidatiezorg is gericht op autonome participatie, zoals het oppakken van gezinstaken, de terugkeer naar de werksituatie of het oppakken van hobby's, afhankelijk van de levensfase van de revalidant. Ook bestaat er een onderscheid in de medische eindverantwoordelijkheid. Voor geriatrie revalidatiezorg ligt deze bij de specialist ouderengeneeskunde en voor de medisch specialistische revalidatiezorg ligt deze bij de revalidatiearts. Verder is de financiering anders geregeld.

Zijn er bijzonderheden bij het implementeren van het behandelprogramma (GOR) op een geriatrie revalidatie afdeling?

Het advies is om een werkgroep te maken

voor het implementeren van het behandelprogramma. Begin hierbij klein met niet te veel collega's en zorg voor diverse functies in de werkgroep. Een werkgroep kan bijvoorbeeld bestaan uit een manager, fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde en een medewerker van het opnamebureau. Het opnamebureau is belangrijk voor de doorstroming uit het ziekenhuis. Daarnaast is het handig als werkgroep om werkbezoeken te brengen bij verwijzende ziekenhuizen voor meer bekendheid over de mogelijkheden van geriatrie oncologische revalidatie. Op die manier kan het behandelprogramma worden toegelicht en kunnen afspraken worden gemaakt met bijvoorbeeld de oncologieverpleegkundige en/of transferverpleegkundige voor verbetering van de verwijzing en bekendheid van het behandelprogramma.

Naast de opzet en uitvoering van het behandelprogramma kan het regelmatig organiseren van intervisie met de behandelaren en het zorgpersoneel zinvol zijn. De ervaring leert dat revalidatie met deze doelgroep meer aangrijpend kan zijn dan de reguliere revalidatie.

Hoe verloopt de doorstroming vanuit het ziekenhuis naar de geriatrie revalidatie afdeling?

Bij de verwijzing van een patiënt vanuit het ziekenhuis worden de GRZ-criteria gebruikt. Ook wordt gekeken naar de medische behandeling van de patiënt. Zo kan de duur van het medische traject van invloed zijn op de afweging voor plaatsing van een revalidant op een GRZ-afdeling. Tijdens het traject van radiotherapie kan het bijvoorbeeld lastig zijn voor patiënten om deel te nemen aan het behandelprogramma GOR vanwege de grote hoeveelheid tijd die deze behandeling in beslag kan nemen. Het is dan belangrijk om de intensiteit of frequentie van de onderdelen in het behandelprogramma GOR aan te passen.

Tijdens chemotherapie is training belangrijk. Chemotherapie is geen belemmering voor deelname aan het behandelprogramma GOR.

Hoe ziet een revalidatietraject volgens het behandelprogramma er in het kort uit?

Bij opname zijn in de eerste week alle disciplines betrokken. Sommige disciplines zijn meer op de achtergrond betrokken zodat de patiënt niet wordt overvraagd.

Tijdens het eerste multidisciplinair overleg (MDO) worden de uitkomsten van onderzoeken, testen en vragenlijsten besproken en wordt het zorgplan vastgesteld. Na de eerste week gaan de disciplines betrokken bij de modules die opgenomen zijn in het zorgplan aan de slag met hun behandelingen. Afhankelijk van de grootte van de groep kan de behandeling zowel in groep als individueel worden gegeven. Iedere week of iedere twee weken vindt een evaluatie van het zorgplan plaats in het MDO.

Wanneer kan een patiënt verder in de thuissituatie revalideren en hoe ziet het nazorgtraject eruit?

Als de patiënt zijn doelen heeft gehaald, is de revalidatie afgerond. In dat opzicht is er geen verschil met GRZ. Als er nog meerdere disciplines zijn betrokken bij de patiënt, is een ambulant traject een mogelijkheid. Als de hulpvraag van de revalidant nog bij één behandelaar ligt, kan de zorg ook worden overgedragen naar de eerste lijn. De behandeling wordt zo langzaam

afgebouwd. De ervaring heeft geleerd dat als een intensief revalidatieprogramma opeens stopt, het lastig is voor de revalidanten om de gezonde leefstijl zelfstandig te vol te houden. Overigens komt het ook voor dat mensen niet meer naar huis gaan en worden opgenomen in het verpleeghuis of hospice.

Carla: “Belangrijk is om te realiseren dat geriatrische oncologische revalidatie anders is dan de medisch specialistische revalidatie bij oncologie, door bijvoorbeeld de complexe inwerking van multimorbiditeit en polyfarmacie. Dit geeft een extra dimensie aan de geriatrische oncologische revalidatie.”

Meer informatie

Het behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie en de Handreiking implementatie geriatrische oncologische

revalidatie zijn te downloaden op de website van IKNL www.iknl.nl/webshop (zoek op geriatriche oncologische revalidatie). De module Kwetsbare (veelal oudere) patiënten met kanker behorende bij de richtlijn Medisch Specialistische Revalidatie bij Oncologie kunt u vinden op de Richtlijndatabase (zie www.richtlijndatabase.nl)

Brilliant Blue

Royal Red

Graceful Green

Juzo
Lymphology

Lymfologie

De Juzo Fashion Colours zijn nu ook in vlakbrei verkrijgbaar

Meer informatie over Juzo compressiekousen:

f y p in
www.juzo.nl

Freedom in Motion

Boekbespreking

Titel:	De benen van m'n oma, werkboek voor vrouwen met lipoedeem
Auteurs:	Joyce Bosman
ISBN paperback:	978-90-830260-5-3
Prijs:	€ 27,95
Aantal pagina's:	160
Aangeboden door:	uitgeverij LOF

Joyce Bosman is voor velen van ons een bekende naam. Joyce is o.a. oedeemfysiotherapeute, eigenaresse van LOF (fysiotherapiepraktijk voor lymfologie en Oncologie), oprichtster van de stichting Jong Borstkanker, voormalig bestuurslid van NLNet, regio coördinator Groningen en Drenthe en ze is eigenaresse van Oedeemtherapie Vodder Nederland. Daarnaast heeft ze meegewerkt aan vele publicaties over lymfoedeem en lipoedeem en geeft ze presentaties over lipoedeem, oedeemfysiotherapie en oncologiefysiotherapie. Sinds 2019 is ze ook de trotse auteur van het boek 'De benen van mijn oma.'

'Het leven is 10 % wat je overkomt en 90 % hoe je hierop reageert.'

Al jaren zet Joyce zich op veel verschillende manieren in om lipoedeem meer bekendheid te geven en vrouwen, die hieraan lijden, beter te kunnen begeleiden. Er komen gelukkig steeds meer artikelen, voorlichtingsmateriaal en filmpjes, maar een boek ontbrak nog. 'Toen ik zelf zwanger was en een zwangerschapsdagboek bijhield wist ik opeens hoe ik het boek, waar ik al 10 jaar aan dacht om het te gaan schrijven, invulling wilde gaan geven' schrijft Joyce in haar voorwoord. 'Geen informatie over lipoedeem die je 'up-to-date' op het internet kunt vinden en waarin een boek al snel gedateerd is maar een werkboek voor vrouwen met lipoedeem. Een boek waarin je je gevoelens en gedachten kunt opschrijven zodat je uiteindelijk meer grip krijgt op wat jouw klachten beïnvloedt.' Het boek is geschreven voor alle vrouwen met lipoedeem of de verdenking hierop. En hierbij maakt het eigenlijk niet uit hoe lang je al klachten ervaart, hoe jong of oud je bent of welk stadium lipoedeem je hebt. Omdat het over jou als lezer gaat is het eigenlijk voor iedereen geschikt.

- **Silvia Boonman**
redactie



Onderwerpen die in het boek besproken worden zijn o.a.

- Pijn, omdat bijna elke lipoedeem patiënt dit ervaart.
- Gezonde voeding, bijna alle lipoedeem patiënten hebben in het verleden diëten gevolgd om af te vallen.
- Behandeling, hierbij worden de inzichten zoals momenteel gelden kort behandeld.
- Zelfvertrouwen.
- Gezond slaappatroon.
- Gewoontes, zeker 60 % van ons gedrag is gebaseerd op gewoontes en deze gewoontes kunnen van grote invloed zijn op onze dagelijkse klachten en hoe we deze ervaren.
- Wilskracht, hoe kom ik zo ver mogelijk in het leven?
- Veerkracht, wat kan je helpen om meer grip te krijgen op de (ongewenste) gevolgen van lipoedeem?
- Mindset, hoe kun je jezelf een groeimindset aanleren?

Zoals je hierboven al ziet is er in het boek veel aandacht voor de psychologische achtergrond van lipoedeem patiënten. Een belangrijk facet van het boek is om patronen te doorbreken en mensen veerkrachtiger, sterker en weerbaarder te maken want, vaak na vele jaren met klachten en geen diagnose hebben vrouwen weinig zelfvertrouwen meer. Alle pogingen om af te vallen zijn mislukt, alle pogingen op een gezonder leven zijn mislukt en de maatschappelijke opvatting 'slank is de norm' helpt hier zeker niet bij.

‘Opgeven betekent niet altijd dat je zwak bent. Soms betekent het dat je sterk en slim genoeg bent om iets los te laten en verder te gaan.’

Eén van de vormen van gedragstherapie waar aandacht aan besteed wordt is ACT. Acceptance Commitment Therapie (ACT) is een vorm van gedragstherapie die Joyce ook vaak toepast bij haar behandelingen en waar veel vragen in het boek mee te maken hebben. In ACT wordt patiënten geleerd zich te richten op zaken die ze op directe wijze kunnen beïnvloeden, zoals hun eigen gedrag, in plaats van controle proberen te krijgen over ervaringen die niet direct te beïnvloeden zijn, zoals emoties en gedachten (dit wordt experiëntiële vermijding genoemd). Dit impliceert een acceptatiegerichte houding ten opzichte van deze emoties en gedachten. Kern van ACT is de overtuiging dat het vechten tegen onvermijdelijke zaken uiteindelijk ten koste gaat van een waardevol leven.

‘Als iets je niet bevalt, verander het. Als je 't niet kunt veranderen, verander dan hoe je erover denkt.’

De behandeling vindt plaats aan de hand van zes kernprocessen:

- **cognitieve defusie:** het leren scheiden van cognities (kennis, ideeën of overtuigingen) en gedrag. Je kunt iets anders doen dan je gedachten je ingeven, wat je dus de keuzevrijheid geeft om het 'advies' dat je brein je geeft op te volgen, of niet.
- **mindfulness:** de vaardigheid om oordeelsvrij in het hier-en-nu je ervaringen te observeren en te ondergaan zonder actie te ondernemen om ervaringen te vermijden, te controleren of vast te houden
- **acceptatie:** leren te stoppen met vechten tegen onvermijdelijke zaken in het leven, waaronder ook menselijk leed
- **zelf-als-context:** het jezelf leren zien in context (samenhang) met je omgeving, je problemen zijn niet wie je bent

- **verhelderen van waarden:** bepalen wat echt waardevol is in het leven, zoals gezondheid, relaties, vriendschap, ontwikkeling, spiritualiteit, creativiteit enzovoorts
- **Toegewijde actie of engagement:** de bereidheid om je gedrag stap voor stap te veranderen in de richting van de waarden waaraan je jezelf verbonden hebt

Persoonlijk vind ik het boek een enorme toevoeging hebben voor patiënten met lipoedeem. Dit omdat mensen er thuis aan kunnen werken in hun eigen tijd en op elk tijdstip van de dag/week terug kunnen lezen wat ze geschreven hebben. Zo maak je een ontwikkelingsproces zichtbaar voor de patiënt, en kan deze op 'mindere' momenten, momenten waarop iemand bijvoorbeeld dreigt terug te vallen in oude gewoontes, terug lezen wat zij geschreven heeft in eerdere perioden.



Zorg voor klachten na kanker moet en kan beter

Patiëntorganisaties, zorgprofessionals en onderzoekers presenteerden 11 september jl. een Nationaal Actieplan voor nazorg vanaf de diagnose van kanker. Deze experts hebben zich verenigd in de Taskforce Cancer Survivorship Care. Bijna een miljoen mensen leven met de gevolgen van kanker: 1 op de 4 is ernstig vermoeid, 1 op de 3 heeft angstklachten, ruim 1 op de 3 kan niet als vanouds sociaal functioneren. Toch schiet de zorg voor klachten na een behandeling voor kanker vaak te kort en wordt de zorg voor (preventie van) vermoeidheid en beperkt functioneren vaak niet vergoed. Tijd voor gezamenlijke actie, zodat mensen met en na kanker zo optimaal mogelijk mee kunnen doen in de maatschappij.

‘De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) vindt dat iedere kankerpatiënt tijdens en na de behandeling zonder belemmering mee moet kunnen doen in onze maatschappij. Vanaf de diagnose moet er daarom aandacht zijn voor de (late) gevolgen van kanker. Dat vraagt om veranderingen in de zorg, bewustwording bij patiënten en meer begrip in de maatschappij’
Mirjam van Belzen, NFK.

Bijna een miljoen mensen leven na kanker

Meer mensen krijgen kanker en zij leven langer met en na kanker. Naar verwachting zijn dit in 2030 een miljoen mensen. De negatieve effecten van kanker en de behandeling ervan op kwaliteit van leven worden steeds duidelijker. Zoals ernstige vermoeidheid, verminderde lichamelijke conditie, beschadigde zenuwen en knelpunten in werk. Door de behandeling kan er ook een verhoogde kans zijn op hart- en vaatziekten, of op een nieuwe vorm van kanker. Dit verhoogt de ziektelast en kan tot een kortere levensverwachting leiden.

Nazorg vanaf diagnose

Nazorg moet starten bij diagnose, aldus de partners van het actieplan. Het uitgangspunt is om nadelige gevolgen van behandelingen te voorkomen waar mogelijk en zorg te bieden waar nodig.

- **dr. Chantal Lammens**
Senior adviseur Integraal Kankercentrum Nederland & Taskforce Cancer Survivorship Care
- **dhr. Joeri Gilissen**
Voorzitter Landelijk over Paramedische en Psychosociale Oncologie van de Taskforce Cancer Survivorship Care en Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie en Lymfologie, (oncologie)fysiotherapeut Fysiotherapie Maarn-Maarsbergen
- **prof. dr. Jourik Gietema**
Voorzitter Taskforce Cancer Survivorship Care, internist-oncoloog, hoogleraar medische oncologie, UMC Groningen
- **dr. Miranda Velthuis**
Adviseur Integraal Kankercentrum Nederland & Taskforce Cancer Survivorship Care

Om passende zorg aan kankerpatiënten te bieden is de huidige organisatie van zorg en financiering echter ontoereikend. Betere organisatie en afstemming van zorg rondom de patiënt is nodig zodat mensen tijdens en na de behandeling niet tegen organisatiegrenzen aanbotsen of in een gat vallen.

Fysiotherapie vaak niet vergoed

Bij 9 van de 10 patiënten met kanker worden de kosten voor fysiotherapie niet vergoed vanuit het basispakket, terwijl we weten dat bewegen onder begeleiding de overlevingskansen verhoogt en vermoeidheid, somberheid en angst tegengaat. Ook vanuit een aanvullende verzekering wordt fysiotherapie vaak maar beperkt vergoed. Velen zien er daarom van af. De Taskforce benadrukt dat deze zuinigheid de samenleving veel geld kost, omdat hierdoor een snellere terugkeer in de maatschappij, zoals bijvoorbeeld werk, en een kwalitatief beter leven wordt belemmerd.

Fysiotherapie nodig voor voorkomen van klachten

De vergoeding van fysiotherapie voor mensen met of na kanker is nu veelal gericht op het verhelpen van problemen en klachten en niet op het voorkomen hiervan. Voor veel kankerpatiënten is het wenselijk dat ze in een vroeg stadium worden gewezen op het belang van bewegen, gezonde voeding en mentale gezondheid. En daar waar nodig op de fysiotherapeutische zorg hierbij, zegt de Taskforce. Door hierop te anticiperen, tijdig de juiste zorg in te zetten, te adviseren en informeren kunnen klachten zo veel mogelijk worden voorkomen en/of beperkt. Bijvoorbeeld met prehabilitatie voor een operatie, trainen in tussentijd tussen darmoperatie en chemotherapie, trainen tijdens en na (neo)adjuvante chemotherapie, tijdens stamceltransplantatie e.d. Inzet op het voorkomen van klachten en begeleiding door een fysiotherapeut waar nodig, voorkomt zwaardere problematiek en hierdoor extra kosten en mindere snelle terugkeer in de maatschappij.

Meer informatie

- Nationaal Actieplan Kanker & Leven https://taskforcecancersurvivorshipcare.nl/wp-content/uploads/2020/05/NAP_2020_def.pdf
- Website Taskforce Cancer Survivorship Care <https://taskforcecancersurvivorshipcare.nl>

Landelijke Consensus Werkwijze Acute Huidreacties Radiotherapie

Uittreksel voor de oedeem- en oncologiefysiotherapeut. Deel 1.

Het document “Landelijke Consensus Werkwijze Acute Huidreacties Radiotherapie” is een leidraad en bevat adviezen die betrekking hebben op de acute huidreacties van patiënten die behandeld worden of zijn met radiotherapie of chemoradiatie. Een eenduidiger beleid zal de kwaliteit van zorg verder verbeteren.

Radiotherapie is een behandelmodaliteit voor oncologische patiënten, zowel als enige modaliteit als in de combinatiebehandelingen. Door de nieuwe bestralingstechnieken van de laatste jaren is de ernst van de huidreacties ten gevolge van radiotherapie bij een groot deel van de indicaties veranderd. Door intensivering van de behandeling zijn in sommige situaties de huidreacties toegenomen. Bij andere juist afgenomen. Factoren die meespelen in de ernst en aard van de huid- en slijmvliesreacties zijn o.a. combinatietherapieën, hypofractionering, intensievere herbestraling maar ook individuele patiëntfactoren en locatie van het bestralingsgebied. Veel factoren kunnen de ernst en de mate van reactie beïnvloeden, zoals de bestralingstechniek, het doelgebied, het soort straling, de bestralingsdosis/schema, het

eventueel gebruik van bolus (weefsel equivalent materiaal) en de individuele gevoeligheid van de patiënt. Bestralingsreacties zijn een normale en onvermijdelijke gevolg van de bestraling die afhankelijk van de intensiteit van de bestraling en huidgevoeligheid van de patiënt niet met preventieve maatregelen te voorkomen zijn.

Scoringsinstrument

In deze werkwijze worden acute huidreacties gescoord middels The National Cancer Institute-Common Terminology for Adverse Events version 4.0. Zie tabel 1.

*Figuur 1. Acute radiatie dermatitis. Graad I: (A) en (B); met hyperpigmentatie en erytheem van hoofd&nek en borst. Graad II: (C) en (D); desquamatie en exsudaat van hoofd&nek en borst. * Graad III: (E) en (F); radiatie bij respectievelijk tumordoorgroei door de borst en infiltratie in de huid van de borst.**

Tabel 1. Cutane ontstekingsreactie die optreedt als gevolg van blootstelling aan een biologisch werkzaam niveau van ioniserende straling.

Graad 0	Geen verandering
Graad I	Licht erytheem of droge desquamatie
Graad II	Matig tot vurig erytheem, plekjes met nattende desquamatie, voornamelijk beperkt tot de huidplooien, matig oedeem
Graad III	Nattende desquamatie niet beperkt tot de huidplooien, bloeden door minimaal trauma en schuren
Graad IV	Levensbedreigende consequenties; huidnecrose of ulceratie van dermis; spontane bloedingen van betrokken huid, skin graft geïndiceerd

De landelijke werkwijze huidreacties radiotherapie is een initiatief van:

- Drs. Lia Kunkeler, dermatoloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Heleen Lintz-Luidens, verpleegkundig consulent radiotherapie Radboudumc, Nijmegen
- Drs. Tom Rozema, radiotherapeut-oncoloog, instituut Bernhard Verbeeten, Tilburg
- Dr. Nicola Russell, radiotherapeut-oncoloog Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam
- Prof. Dr. Esther Troost, radiotherapeut-oncoloog, Universitäts Klinikum Carl Gustav, Dresden, voorheen radiotherapeut Maastricht Clinic Maastricht
- Dr. Lia Verhoef, radiotherapeut-oncoloog Radboudumc, Nijmegen
- Joost Verhoeff, radiotherapeut-oncoloog UMC Utrecht, Utrecht



Algemene tips tijdens radiotherapie

- Wonden (nattende desquamatie) ten gevolge van radiotherapie komen aanmerkelijk minder vaak voor dan een aantal jaren geleden. Wijs erop dat een nattende desquamatie altijd geneest.
- Schakel zo nodig aanvullende (wijkverpleegkundige) zorg in.
- Instrueer patiënt om de afdeling radiotherapie op de hoogte te stellen als er een nattende desquamatie is

ontstaan. Ook als er al een behandeling door huisarts of huisartsenpost is ingezet

- Vochtig wondmilieu geneest het snelst, geeft geen korstvorming, is het minst pijnlijk en geeft de minste littekenvorming
- Het kan verlichting geven om de crème in de koelkast te bewaren.
- Verbandwisseling op geleide van het exsudaat en het comfort voor de patiënt, maar minimaal twee keer per dag.

Tabel 2.

Ondersteunend	advies graad 0	Bijzonderheden/onderbouwing
Kleding	Draag kleding die comfortabel aanvoelt	
Wassen en zeepgebruik	Het gebruik van zeep is tijdens de bestraling toegestaan. De door de patiënt normaal gebruikte huidverzorgingsproducten mogen worden doorgebruikt	Wassen met zeep geeft minder huidreactie dan niet wassen of alleen wassen met water.
	Kant en klaar producten voor verzorgend wassen (reinigingsschuim) mogen worden gebruikt.	Houdt rekening met vervagen van eventuele lijnen
Deodorant	Het gebruik van deodorant in het te bestralen gebied is toegestaan.	Deodorant is niet van invloed op de ernst van huidtoxiciteit. Bij deodorant in normale dosering is geen verschil in metallic en non-metallic producten die magnesium, aluminium en zink bevatten
Medicinale crèmes	Indien patiënt medicinale crèmes in het te bestralen gebied gebruikt: geef aan bij de behandelend radiotherapeut-oncoloog	
Metaalhoudende crèmes in het bestralingsgebied	Het gebruik van Zilverulfadiazine (bv 10mg/per gram) en zinkzalf is toegestaan.	
Gebruik huidfilm	Het gebruik van huidfilm (bv mepilexfilm) is toegestaan	
Huidplooien	Gebruik in huidplooien geen pasta's. Barrière crèmes zijn toegestaan	Pasta's gaan klonteren en sluiten de huid af waardoor verhoogde kans op smetten.
Scheren van gezichtshuid in het bestralingsgebied	Bij voorkeur van patiënt. Gebruik van een aftershave voor gevoelige huid is toegestaan	Vermijd huidirritatie. Elektrisch scheren en nat scheren hebben beiden voor- en nadelen
Ontharen	Is mogelijk zolang er geen huidirritatie is en op een wijze die geen wondjes veroorzaakt (niet harsen).	Vermijd huidirritatie
Gebruik cosmetische producten, parfum, sterk geparfumeerde body lotions, haarverf, haar gel etc.	Is mogelijk zolang er geen huidirritatie is. Enige voorzichtigheid blijft geboden.	Vermijd huidirritatie
Sauna, zwembad (chloor en buiten water) en hot tubs	Is mogelijk indien de bestraalde huid nog geen reacties vertoont of als het geen klachten geeft.	

- Het geelgroene exsudaat dat vrijkomt is geen pus maar zijn huidresten.
- Koorts kan naast andere factoren als pijn en vurige roodheid een indicator zijn voor een mogelijke infectie.

Graad 0 radiatie dermatitis: Geen verandering. Behandeling en adviezen. Zie tabel 2.

Overige aandachtspunten:

- Alleen zacht buisverband of siliconen pleister of verbanden met een siliconen borderrand zijn bij moeilijk anders te fixeren doelgebieden toegestaan.
- Het bestralingsgebied, maar ook alle gezonde huid, niet onnodig blootstellen aan de zon en voorkom verbranding. Zonlicht kan van invloed zijn op het ontstaan van eventuele hyper- of hypopigmentatie van de bestraalde huid.
- Deze ondersteunende richtlijnen gelden totdat de huid weer geheel hersteld is. Tijdens blootstelling aan zonlicht geldt dat een crème met een adequate zonbeschermingsfactor wordt geadviseerd.

Graad 1 radiatie dermatitis: Licht erytheem en droge desquamatie. Behandeling en adviezen.

Tabel 3.

Ondersteunend advies graad I
De huid die bestraald wordt insmeren met verzachtende crème of makkelijk uitsmeerbare zalf. Dit is ook tot vlak voor de bestraling toegestaan. Bijzonderheden/onderbouwing De crème moet comfort bieden
Ondersteunend advies graad I
Crèmes of zalven die in samenspraak met de NVDV op recept worden aanbevolen, variërend van minst vet tot meest vet zijn: ● Fitalite gel crème ● Cremor Lanette ● Cremor Cetomacrogol ● Ungentum leniens zonder rozenolie (wolalcoholen vrij) ● Paraffine/vaseline 110/230 (wolalcoholen vrij). Bijzonderheden/onderbouwing Practice based blijkt dat er bij elke crème of zalf wel eens een irritatie kan optreden.

Algemene adviezen blijven van kracht.

Erytheem hoeft niet per definitie pijnlijk te zijn. Is er geen sprake van pijn dan is droog houden over het algemeen een goede optie. Droge desquamatie kan een trekkerig gevoel geven waardoor patiënt kan gaan krabben en er risico bestaat op huidbeschadiging. De huid hydrateren met een crème of een makkelijk uitsmeerbare zalf kan een goede optie zijn om het comfort te verhogen.

Graad 2 radiatie dermatitis: Matig tot vurig erytheem, plekjes met nattende desquamatie, voornamelijk beperkt tot de huidplooien, matig oedeem. Behandeling en adviezen.

Algemene adviezen blijven van kracht. Indien er een huidfilm of strip siliconenverband gebruikt wordt, deze verwijderen van de plekken met nattende desquamatie. Korstvorming voorkomen is het belangrijkste. Kies daarom voor een vochtig wondmilieu.

Tabel 4.

Ondersteunend advies graad II	
Optie 1	Dik Cremor Cetomacrogol of Cremor Lanette op een zacht absorberend verband. Dit op de open plekjes leggen en fixeren.
Optie 2	Hydro gel uitsmeren op een zacht absorberend verband. Dit op de open plekjes leggen en fixeren.
Optie 3	Licht zelfklevend absorberend siliconen verband of multifunctioneel Polymerisch Membraam Verband (MPMV) verband rechtstreeks op het te bestralen gebied leggen en fixeren.

Graad 3 radiatie dermatitis CTC 4.0: Nattende desquamatie niet beperkt tot de huidplooien, bloedend door minimaal trauma en schuren. Behandeling en adviezen.

Een nattende dermatitis is voor patiënten een ingrijpende ervaring. Belangrijk is dat aan patiënt wordt verteld dat een nattende desquamatie ten gevolge van radiotherapie altijd geneest, en dat hij/zij wordt geïnstrueerd om de verpleegkundige of arts op de hoogte te stellen als dit optreedt. Het is van belang om bedacht te zijn op infectie

en patiënt te adviseren om bij rillerig en/of ziek voelen de temperatuur te meten. Bij een lichaamstemperatuur van 38 graden of hoger adviseren om contact op te nemen met de afdeling radiotherapie.

Het is van belang om bedacht te zijn op infectie en patiënt te adviseren om bij rillerig en/of ziek voelen de temperatuur te meten.

De duur van de nattende desquamatie is variabel. Dit is o.a. afhankelijk van de huiddosis en het bestralingschema. Van belang is dat er geen korstvorming ontstaat. Over het algemeen is de huid, na afloop van de bestraling, binnen 2 tot 4 weken genezen na het ontstaan van de epidermolysen. Roken, ondervoeding, infectie, diabetes mellitus, en gelijktijdige chemotherapie en sommige doelgerichte therapieën kunnen het genezingsproces vertragen.

Tabel 5.

Ondersteunend advies graad III	
Optie 1	Indifferente crème op waterbasis zoals Cremor Cetomacrogol of Cremor Lanette opeen zacht absorberend verband. Dit op de open plekjes leggen en fixeren.
Optie 2	Zilverulfadiazine* 10 mg per gram bij makkelijk te infecteren bestralingsgebieden of bij leukopene patiënten. Crème op een zacht absorberend verband en fixeren.
Optie 3	Hydro-gel** uitsmeren op een zacht absorberend verband. Dit op de open plekjes leggen en fixeren.
Optie 4	Licht zelfklevende absorberende siliconen verband of Multifunctioneel Polymerisch Membraam Verband (MPMV) rechtstreeks op het te bestralen gebied leggen en fixeren.
* Zilverulfadiazine 10/mg per gram heeft een antibacteriële werking. Het product wordt in de meeste instituten zonder problemen tijdens de bestraling voorgeschreven. Het product niet langer dan 2 weken gebruiken omdat het de epithelialisatie remt.	
** De diverse hydrogels al dan niet met toevoeging van alginaat of hydroactief colloïd geven practice based geen significante interactie met ioniserende straling.	

Overige aandachtspunten:

- Adviseer bij rillerig of ziek gevoel de temperatuur te meten en bij een temperatuur van boven de 38.0 graden Celsius contact opnemen met het radiotherapie instituut of de huisartsenpost.

- Indien een nattende desquamatie niet binnen twee weken na het beëindigen van de bestraling is genezen, patiënt contact op laten nemen met het radiotherapie instituut.
- Waarschuwen dat epidermolysen tot 6 weken kan duren, soms gefaseerd over het bestraalde gebied.
- Waarschuwen voor "recall effect" als chemotherapie (of sommige andere systemische middelen) na de bestraling wordt gegeven.

Literatuurlijst zie: www.nvfl.nl

Dit uittreksel vervangt geenszins de "Landelijke Consensus Werkwijze Acute Huidreacties Radiotherapie 2018", op 15 juni 2018 geautoriseerd door de NVRO. De volledige werkwijze is te vinden via https://www.venvn.nl/media/tmsboh5q/landelijke_consensus_werkwijze_huidreacties-juni-2018.pdf



Producten getest:

Perfect|Fit

Perfect|Fit is een aantrek hulpmiddel voor het zelfstandig aandoen van therapeutisch elastische armkousen en is een frame dat staat op de vloer. De bovenkant van de therapeutische elastische kous (TEK) wordt geplaatst rondom de bovenste cirkel van de Perfect|Fit en met 2 handen omlaag getrokken. De TEK wordt tot de hoogte van de elleboog opgespannen om de Perfect|Fit. Vervolgens schuift de cliënt de hand in de TEK en bij het verder naar de vloer bewegen rolt de TEK vanzelf tot boven aan de arm.



De Perfect|Fit is leverbaar in verschillende diameters. De maat wordt bepaald door de breedste omvang van de bovenarm, tot zelfs 48 cm. Op de website van Hidding Healthcare staat de instructie voor maatbepaling.

Wat zijn voordelen?

- Verrassend eenvoudig op te spannen
- Weinig kracht in handen en armen nodig
- Er hoeft weinig aan de armkous getrokken te worden en glad wrijven is nauwelijks nodig

Wat zijn nadelen?

- De persoon moet voorover kunnen buigen met de rug
- Hoog en neemt een prominente plaats in

Hoe gebruik je de Perfect|Fit?

Op de website van Hidding Healthcare staan 2 instructiefilmpjes en een handleiding voor het gebruik van de Perfect|Fit.

Wordt dit hulpmiddel vergoed?

Perfect|Fit wordt door alle zorgverzekeraars in vele gevallen vergoed, indien de verzekerde zonder de aantrek hulpmiddel de TEK niet aan krijgt.

● **Conny Robbeson**
redactie





Interview met een cliënte over het gebruik van de Perfect|Fit.

1. Ben je tevreden over de Perfect|Fit?

Ja, ik ben uiterst tevreden over dit hulpmiddel.

2. Wat is zo handig aan de Perfect|Fit?

Dit hulpmiddel is gemakkelijk in gebruik. Zonder veel kracht te moeten gebruiken zit de armkous gelijk goed gepositioneerd op het frame zodat het aantrekken zo gebeurd is. De armkous zit direct tot boven aan de arm en hoeft niet verder op getrokken te worden. Je hebt geen hulp van anderen nodig. De Perfect|Fit is gemaakt van sterk, veilig en stabiel materiaal.

3. Is het opspannen gemakkelijk? Is het positioneren van de naad van de armkous gemakkelijk of moeilijk?

Het opspannen is zeer gemakkelijk, het kost weinig kracht van de handen en de naad van de armkous is goed zichtbaar, als je je arm in de opening steekt kan je goed bepalen waar de naad zit.

4. Wat gebruikte je eerst voor het aantrekken van de armkous? Wat was daarvan het nadeel en nu het voordeel van de Perfect|Fit? Zijn er redenen om af en toe toch weer je vorige aantrek-hulpmiddel te gebruiken?

Bijna een jaar gebruikte ik de Easy-Slide maar ik was afhankelijk van iemand om me te helpen met het aantrekken. Om reden dat ik dikkere bovenarmen heb kwam de Easy-Slide maar tot mijn elleboog en moest ik iedere keer worstelen om de armkous goed te positioneren, met gevolg dat de armkous niet lekker zat en vaak afrolde. Ik ben toen op zoek gegaan op internet en kwam een krantenartikel tegen over Jurr Hidding die de Perfect|Fit voor zijn oma had uitgevonden.^{1,2} Na het bekijken van het instructiefilmpje wist ik dat dit zeer geschikt voor mij zou zijn. Mijn oedeemfysiotherapeut heeft dit hulpmiddel voor mij besteld en ik gebruik hem nu iedere dag. Ik zal waarschijnlijk alleen de Easy-Slide gebruiken als ik de Perfect|Fit niet mee kan nemen als ik ergens anders verblijf, zoals op vakantie.

5. Is de maat van de Perfect|Fit goed voor je?

Ja, de maat is prima. Mijn bovenarm past precies in de bovenste ring van de Perfect|Fit.

6. Is er toch iets dan beter kan aan de Perfect|Fit of zijn er nadelen van de Perfect|Fit?

Niet dat ik weet.

7. Merk je meer slijtage van de armkous door het opspannen over de Perfect|Fit?

Nee, daar heb ik nog niets van gemerkt. De standaard is goed afgerond met een glad oppervlak.

8. Kun je iets zeggen over de levensduur van de Perfect|Fit?

De Perfect|Fit is gemaakt van hard staal, ik verwacht niet dat dit snel zal slijten of afbreken. Ik ga ervanuit dat ik er nog lang plezier van kan hebben, zolang ik dit hulpmiddel nodig heb voor het aantrekken van mijn armkous.

Meer informatie is verkrijgbaar via Hidding Healthcare. ●

Referentie

1. <https://punt.avans.nl/2017/03/bossche-student-ontwikkelt-hulpmiddel-voor-zijn-oma/>
2. <https://www.ad.nl/den-bosch/klein-kinderen-ontwikkelen-hulpmiddel-voor-oma-doortje-a678314d/>

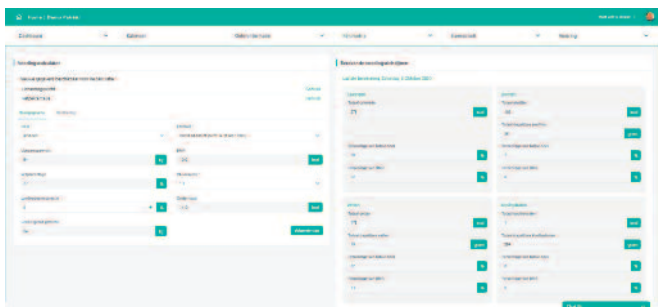


Praktijktip:

Pinktrainer

Pinktrainer is 4 jaar geleden ontstaan toen Monique van Dijk, samen met René Loek en Rob Mentink, eigenaren van Pinktrainer, zelf voor de eerste keer getroffen werd door borstkanker. Vanuit haar achtergrond fysiotherapie, personal trainer, sportnutritionist en orthomoleculair geneeskundig therapeut, tezamen met meer dan 20 jaar ervaring werkend bij een farmaceut met als aandachtsgebied oncologische medicatie, trainde Monique vanaf de diagnose bijna dagelijks. Focus hierbij was om de laatste wetenschappelijke uitkomsten van training in te zetten gecombineerd met een ondersteunend voedingsplan. Zo werd er op de chemo infuusdag en de dag erna intensief cardio gedaan ter optimalisatie van de bloedsomloop en verspreiding van de chemo. De resterende dagen binnen de cyclus waren gericht op het metaboliseren van de chemo met krachttraining gericht op optimale contracties en behoud van spiermassa. De beperkte bijwerkingen en een snel herstel leverde Monique 6 maanden na de behandeling de wereld- en Europese titel natural fitness op.

Wat volgde waren vele gesprekken met internationale wetenschappers, oncologen en fysiotherapeuten om het idee van Pinktrainer te bespreken en huidige hiaten of verbeterpunten van de zorg vast te stellen. Duidelijk was dat er verbetering voor toegankelijkheid van deze zorg, verbeterde en meer gepersonaliseerde zorg vanuit een holistische benadering en gestructureerde dataverzameling diende te komen. Een specialistische zorgverlening voor een vaak fragiele patiënt werd tot nu toe gedaan zonder een faciliterende en specialistische applicatie.



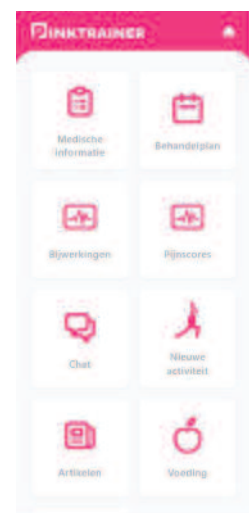
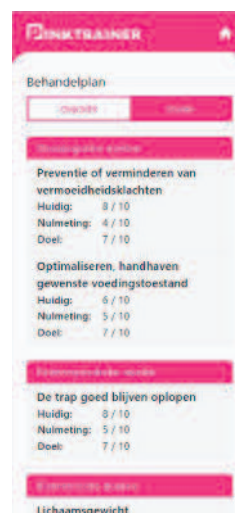
Na een eerste prototype waarin Pinktrainer in studieverband is getoetst in ziekenhuissetting met patiënten is per 1 september een volledig nieuwe versie gelanceerd van het speciaal op oncologie fysiotherapie gerichte dashboard en bijbehorende patiëntenapp. De software ondersteunt de oncologiefysiotherapeut om vanuit een holistische benadering patiënten te begeleiden op het vlak van training, voeding en mindfulness voor, tijdens of na de behandeling van kanker. De beschikbare instrumenten in het dashboard en de app maken het mogelijk de anamnese met testen en metingen uit te voeren en dit door te vertalen naar een concreet en persoonlijk behandelplan.

- **René A.J. Loek**
Orange M-Health BV, Pinktrainer
- **Maike Matthijsse**
redactie

Samen met de patiënt wordt een keuze gemaakt uit oncologische (Oncoline), patiëntspecifieke en/of biometrische doelen. De doelen worden voorzien van een nulmeting en een doelscore. Via de app worden de actuele scores periodiek door de patiënt ingevoerd zodat er een frequente datareeks wordt opgebouwd. De data kunnen zowel in het dashboard als in de app met grafieken en tabellen worden weergegeven zodat bepaalde trends of ontwikkelingen direct zichtbaar zijn.

In het dashboard wordt de (para)medische informatie overzichtelijk weergegeven. Vanuit het dashboard kan men naar alle detailinformatie navigeren. Tot die informatie behoort o.a. bijwerkingen, pijnscores, MVL2o, Lastmeter, co-morbiditeiten, LVEF, cachexie of voedingsstatus. Op deze manier kan de patiënt optimaal worden begeleid tijdens en na het behandeltraject. Met als doel de positieve effecten van de behandeling te ondersteunen en de bijwerkingen alsook de late gevolgen te reduceren.

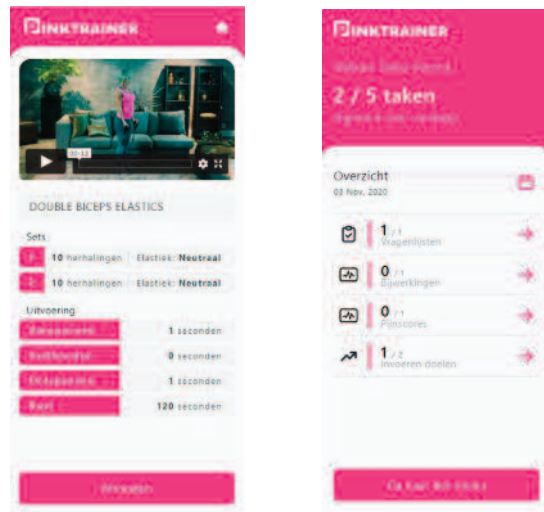
Voor wat betreft oefeningen is er een grote database met kracht- en revalidatieoefeningen alsmede via timer geïntegreerde cardio-



en intervalsessies. Alle resultaten worden automatisch geregistreerd. Er zijn diverse trainingssessies voorbereid als ook complete kant en klare programma's, die aan de patiënt te zijn toegewezen via de speciale kalenderfuncties met de behandeling kunnen worden gesynchroniseerd.

Met toestemming van de patiënt kunnen ook andere zorgprofessionals zoals de huisarts of een medisch teamlid worden toegevoegd. Voor deze gebruikers is een speciaal dashboard met informatie opgebouwd waardoor ze up to date zijn van o.a. de effecten van het trainingsprogramma en status van de patiënt op diverse gebieden.

Volgens René Loek en Monique van Dijk, de founders van Pinktrainer, is het noodzaak te innoveren in de oncologie fysiotherapie. "Oncologiefysiotherapie en de zorg voor mensen met kanker is een specialistisch beroep waarbij je voor je behandeling afhankelijk bent van detailinformatie en regelmatige feedback. Om dit volwaardig uit te kunnen oefenen is een applicatie van belang die specifiek op het vak gericht is en dit faciliteert. Het gebruik van Pinktrainer komt optimaal tot z'n recht indien men het als een standaard werkwijze integreert. Hiervoor worden richtlijnen en hulpmaterialen aangeboden. Daarbij wordt het steeds belangrijker en waardevoller om op een gestructureerde wijze fair data te verzamelen in het kader van Value Based Healthcare. Dit ook om de positie van de oncologie fysiotherapie-praktijk binnen het zorgstelsel te versterken. Pinktrainer kan



ingezet worden voor zowel de individuele praktijk als netwerk. De applicatie is ingericht voor long-, prostaat-, darm- en borstkanker. Andere kankersoorten zijn in voorbereiding om eveneens opgenomen te worden.

Een licentie van Pinktrainer bedraagt 100 euro per maand ex btw waarbij 150 patiënten, 5 fysiotherapeuten, 2 diëtisten, 2 psychologen en 10 huisartsen aan het dashboard kunnen worden toegevoegd. Het gebruik van de app is gratis voor de patiënt. Wilt u meer informatie of wilt u een demo aanvragen dan kunt u een mail sturen naar helpdesk@pinktrainer.nl.

Ontdek hoe de FysioTek therapeut een complete integrale oedeembehandeling kan aanbieden

De gespecialiseerde oedeemtherapeut biedt patiënten al jarenlang een doeltreffende oedeembehandeling met behulp van manuele lymfdrainage, zwachtelen, oefentherapie en leef- en bewegingsadviezen.

Bij de oedeemtherapeut die aangesloten is bij FysioTek kunnen patiënten ook terecht voor het aanmeten en verstrekken van alle therapeutische compressiematerialen zoals therapeutisch elastische kousen, thorax bandages, klittenband systemen (ACD) en point pressure devices (PPD). Dit betekent voor uw patiënten een complete integrale oedeembehandeling op 1 locatie. Ook voor veneuze klachten zoals varicose, thrombose of thromboflebitis kunnen patiënten zich nu laten behandelen met therapeutisch elastische kousen door een FysioTek oedeemtherapeut.

info@fysiotek.nl | www.fysiotek.nl



De FysioTek specialist: professioneel en betrokken

Wilt u meer weten over de mogelijkheden die FysioTek de bij haar aangesloten fysiotherapeuten biedt? Bezoek onze website of stuur ons een e-mail.

Productinformatie:

Huidirritatie bij lymftaping

Lymftaping, een veelgebruikte mogelijkheid van het scala aan behandel mogelijkheden binnen de oedeemtherapie. Met zeer positieve effecten, zeker in de gebieden waar moeilijk compressietherapie kan worden toegepast, zoals bij midline oedeem. Wanneer als je dit als oedeemfysiotherapeut regelmatig toepast, kennen we allemaal die ene patiënt waarbij de huid reageert bij de eerste toepassing, zonder dat deze patiënt bekend is met allergieën en/of een gevoelige huid heeft. Ook herkennen we de patiënt waarbij de effecten in eerste instantie zeer positief zijn en de huid geen tekenen van irritatie laat zien, maar dat dit opeens omslaat. De huid reageert en je denkt bij jezelf “Ik heb niks anders gedaan dan de vorige keer. Hoe kan dit?” Op deze vraag en meer hebben we antwoorden gezocht en gevonden in samenwerking met de helpdesks van FysioTape (CureTape®) en Kinesio Nederland (Kinesio Tex Classic Tape).

Bij irritatie door lymftaping zijn meerdere oorzaken mogelijk.

Allereerst kan iemand, ondanks uitgebreid onderzoek naar de juiste samenstelling van de tape en lijmlaag, allergisch zijn. Wanneer iemand allergisch reageert op de tape zie je het hele gebied rondom de tape zwellen en rood worden. Dit komt gelukkig niet vaak voor. Deze persoon zal direct na toepassen aangeven dat de tape irriteert. De tape tijdig verwijderen is dan van belang, geef dit ook altijd mee als advies bij een eerste toepassing. Een klein stukje tape aanbrengen in de knieholte of elleboog, kan deze allergische reactie aan het licht brengen.

Beide helpdesks geven aan dat als ze vragen krijgen over huidirritatie, de volgende ervaringen hebben betreffende de oorzaak:

Foutief aanbrengen van de tape.

Welke spanning heb je gebruikt? Is de spanning onder de tape overal hetzelfde? Zijn de ankers zonder spanning aangebracht? Is de huid voldoende op spanning gebracht bij het aanbrengen van de tape?

De meest toegepaste fout is tape aanleggen met te veel rek, of spanning. Vaak blijkt dat de therapeut toch net iets te veel rek gebruikt op de tape, of dat de huid niet voldoende op rek is gebracht tijdens

het aanbrengen. Vooral bij lymftaping, je gebruikt veel smalle stroken, gebeurt het snel dat er meer rek op de tape gezet wordt dan goed is. Roodheid onder de tape kan ontstaan of langs de randen van ankers. Met name de gebieden rondom gewrichten die veel bewegen zijn gevoelig voor reacties. Wanneer de tape met teveel rek is aangebracht en de huid niet, gaat de tape met de huid “werken” en “schuren”, waardoor roodheid en soms ook blaren kunnen ontstaan onder de tape. Door ervaring merk je dit op en kun je jezelf verbeteren. Blijft het echter een probleem dan is verdere bijscholing wellicht een oplossing. Beide producenten van tape die we hier benoemen, bieden een breed scala van cursussen aan.

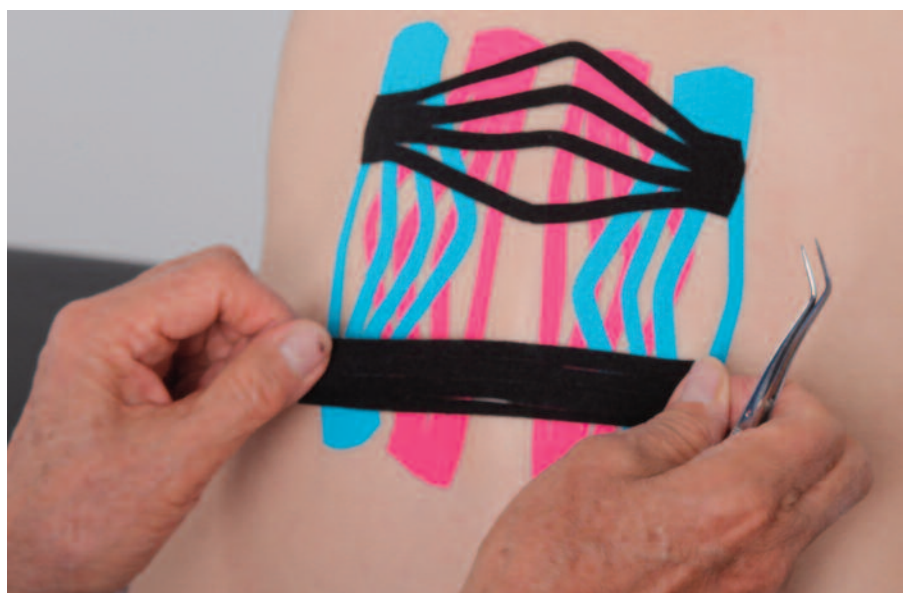
Keuze van het merk tape en soort tape.

Heb je zelf de tape ingekocht en weet je de kwaliteit hiervan? Welke tape heeft de patiënt aangeschaft? Wat weet je over de samenstelling van de lijm?

Heel belangrijk is goed te kijken naar het materiaal waarmee je je patiënten behandelt.

Uiterlijk zien de rolletjes tape er hetzelfde uit, maar er is echt heel veel verschil in materiaalkeuze, lijmsamenstelling en productiemethode.

De prijsverschillen zijn groot. Je kunt rollen kopen van € 4,00 tot wel € 20,00. Weet wat je koopt en breng niet zomaar van alles aan bij je patiënt is hierbij ons advies. Eenmaal een fout product gebruikt op de huid kan dit contactallergie veroorzaken waar je niet



zomaar vanaf komt. Het zit opgeslagen in het systeem en kan daarna ook bij andere merken gaan reageren. Sommige therapeuten hebben de neiging te buigen voor goedkope rollen en laten de patiënt een goedkope rol kopen. Weet waar je aan begint. Het kan goed gaan maar ook grandioos mis.

De prijsverschillen zijn groot. Je kunt rollen kopen van € 4,00 tot wel € 20,00. Weet wat je koopt en breng niet zomaar van alles aan bij je patiënt is hierbij ons advies.

Alle (merken) elastische tapes zijn een Medisch Hulpmiddel Klasse I en moeten aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen volgens de Europese richtlijnen. De CE markering op de verpakking hoort dit aan te geven, echter is dit vaak niet het geval. Is het product daadwerkelijk aangemeld bij Farmatec (NL), of straks in Eudamed (Europees systeem)? Dit kun je controleren door bijvoorbeeld te vragen naar een "Conformiteitsverklaring" bij de leverancier van de tape.

De invoering van de strengere Europese MDR wetgeving, zorgt voor het vergroten van de patiënt veiligheid. Hierdoor weet je zeker dat je een veilig product van hoogwaardige kwaliteit koopt.

Dr. Kenzo Kase heeft meer dan 40 jaar geleden de "Kinesio Taping methode" geïntroduceerd. Zowel FysioTape met hun merk CureTape®, als ook Kinesio Nederland met hun Kinesio Tex Classic Tape staan bekend om hun tape met het bekende "golfpatroon". Het katoen wat gebruikt



wordt, het aantal elastische vezels is allemaal vastgelegd, dit geldt tevens voor de samenstelling van de lijmlaag. Er is uitgebreid onderzoek gedaan (en nog steeds) naar de uitwerking hiervan op de huid. De samenstelling van de lijm speelt een grote rol bij het al dan niet krijgen van een huidreactie. Het motto van Kinesio is "Less is more", zowel bij de lijmsamenstelling, als ook bij de hoeveelheid rek die op de tape wordt gezet.

Verwijderen van de tape.

Hoe heeft de patiënt de tape verwijderd? Werde hier veel kracht voor gebruikt of juist weinig kracht? Liet de tape al iets los op sommige plekken of zat deze nog geheel vast aan de huid? Hoe lang heeft de tape op de huid gezeten?

Vaak halen de mensen de tapelijm onder de douche eraf. Echter is de tape waterbestendig en niet in water oplosbaar. Wel lost de lijm op door deze te besprenkelen met een olie (massage-olie, baby-olie of olijfolie), of met Sterilium. Even laten intrekken en met een afrollende beweging verwijderen. Daarna de huid weer goed schoonmaken als je weer wilt tapen.



De patiënt reageert ook gevoelig op een ander huidgebied.

Heeft de patiënt andere allergieën, bijv. voor voedingsmiddelen of andere producten? Is de patiënt astmatisch of heeft hij/zij gevoelige darmen?

Het gebeurt soms, dat bij een patiënt waarbij de tape enorm goed helpt, het tapen niet meer toegepast kan worden door een huidreactie onder de tapeapplicatie. Wij vragen dan om meer informatie over de achtergrond van deze patiënt. Heeft de patiënt gevoelige darmen? Is de patiënt astmatisch, last van andere allergieën, kortom een vegetatief gevoelig gestel? Vaak blijkt dat inderdaad zo te zijn. Bij deze patiënten is het mogelijk dat de tape een reactie geeft, terwijl deze groep juist veel profijt heeft van de tapetoepassing.

Foutief aanbrengen van de tape.



Ook hierbij zou je kunnen kijken of de tape die gebruikt wordt de beste oplossing is. Wellicht zou deze patiënt baat kunnen hebben bij een van de volgende producten:

- Kinesio Tex Gold FP tape, deze heeft een andere samenstelling qua vezels en ook de golfslag in de lijmlaag is anders. Deze lijkt meer op een vingerafdruk en is nog fijner.
- Kinesio Tex Light Touch+ tape, dit is het nieuwste product van Kinesio Nederland en speciaal ontwikkeld voor de gevoelige huid.
- CureTape – Beauty, deze tape is het nieuwste product van FysioTape en vanaf januari verkrijgbaar in Nederland. Deze tape heeft minder lijm op de tape, hierdoor is deze uiterst geschikt voor de gevoelige huid van bijvoorbeeld ouderen en kinderen. Deze tape is ontwikkeld voor huidverbetering, de behandeling van rimpels en aanmaak stimuleren van collageen en wordt in Rusland al veel gebruikt.

Bij een zeer gevoelige of dunne huid is het ook mogelijk vooraf 3M Cavilon spray te gebruiken. Deze spray creëert een beschermend filmlaagje op de huid, waardoor huidreacties voorkomen kunnen worden. Dit filmlaagje is enigszins kleverig, zodat de tape nog beter kan hechten.

Kleeftkracht en huidirritatie bij medicatie of verandering in leefomstandigheden.

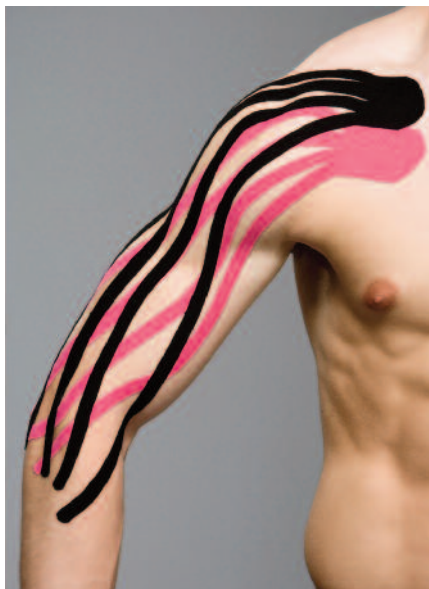
Is patiënt recent geopereerd? Gebruikt patiënt bepaalde medicatie, of is hierin iets gewijzigd? Is patiënt bezig met een chemokuur, of net herstellende daarvan. Is patiënt recent ziek geweest, griep, koorts, menstruatie? Is de huid in het verleden bestraald?

Dit kan allemaal van invloed zijn op hoe de huid reageert op de tapebehandeling. Van het niet kleven van de tape tot huiduitslag. Het is dus een aanrader om deze factoren uit te vragen in je anamnese zodat je er rekening mee kunt houden. Sommige van deze factoren veranderen in de tijd, anderen blijven bestaan. Belangrijk is het om te realiseren dat factoren zoals een operatie en bestraling de belastbaarheid van de huid beïnvloeden. Het kan best zijn dat in een later stadium van het behandeltraject de tape wél zonder problemen kan worden toegepast.

Zijn de behandelomstandigheden veranderd?

Hoe warm was het tijdens het gebruik van de tape? Zweet de patiënt makkelijk en veel? Zit de patiënt in de overgang met nachtelijk zweten?

Soms is het vinden van een verklaring best moeilijk. De ene keer is er met dezelfde rol tape en dezelfde patiënt niets aan de hand, bij een volgende keer reageert die patiënt opeens wel. Extreem warme dagen en een



zweterige huid kunnen tevens zorgen voor huiduitslag. Heb je voor het tapen eerst gemasseerd met een massageproduct met bepaalde ingrediënten, dan kan dit tevens van invloed zijn.

Kleur van de tape

Is de kleur van de tape van invloed op de werking van de tape?

Bekijk ook eens bij patiënten of er verschil is in kleuren die je gebruikt. Elk persoon heeft sterke en zwakke kleuren. De tape wordt hetzelfde geproduceerd maar het kan zijn dat de ene kleur beter blijft hechten dan de andere en het kan per persoon verschillen. Ook met huidreacties kan kleur meespelen. Laat daarom de patiënt kiezen. Deze tip kregen we van de helpdesk van FysioTape met daarbij de volgende uitleg:

'Het klinkt heel raar, dat kleur van invloed is, maar na 20 jaar ervaring zijn dit de reacties die wij vanuit de professionals ook teruggekoppeld krijgen.

Mijn leukste ervaring over kleur en lymftaping is de volgende. Een blinde cliënte in Duitsland kreeg altijd beige lymfestroken aangebracht. Dit werkte goed bij haar. Na een paar maanden heeft de therapeut blauw genomen en dit niet aangegeven. De cliënte vroeg de volgende keer of er iets anders was gedaan want ze had het gevoel dat de laatste behandeling veel meer effect had. Dat was dus wisseling van kleur tape. Wij weten dat dit niet de wetenschappelijke ervaringen zijn wat de markt wil weten maar wel onze eigen ervaring uit de markt. Zo zal elke therapeut eigen ervaringen hebben en zich soms afvragen waarom de ene tape bij patiënt A wel helpt maar bij B niet. Het is geen trucje wat je leert.'



Is de huid schoon en vetvrij?

Heb je de huid gemasseerd voordat de tape is aangebracht, en zo ja, met welk product? Is de huid voor het tapen goed schoon-gemaakt? Gebruikt de patiënt crèmespoeling?

Ook bovenstaande vragen zijn van belang bij het voorkomen van huidirritatie. Er zijn producten waarbij de bestandsdelen reageren met de tape waardoor de huid reageert. Ook hecht de tape niet goed als de huid behandeld is met vette producten zoals massageolie. Laat de tape die je hebt toegepast op de nek of schouder snel los, dan zou crèmespoeling van invloed kunnen zijn. Het schoonmaken van de huid zou je bijvoorbeeld kunnen doen met CureTape Clean Skin Pre-Taping Spray. Deze spray maakt de huid schoon en ontvet.

Tot slot een tip voor om de geïrriteerde huid te kalmeren:

Een hele leuke tip van collega's oedeemtherapeuten om de geïrriteerde huid te verzorgen bij lymfebehandelingen en zo de huidbelasting gunstig te beïnvloeden, is door gebruik te maken van de Texelse Schapenwol handcrème met teatree-olie van de Noordkroon uit Texel. Dit is een erg fijne crème voor de huid. Na inmasseren even laten intrekken, hierna kun je de huid zelfs weer tapen. Het voelt niet vettig aan en teatree heeft een antiseptische werking.

Naast deze tip zijn beide helpdesks ook bereikbaar voor verdere vragen betreffende huidirritaties en andere vragen. Je kunt contact met ze opnemen via www.fysiotape.nl/helpdesk/ en www.kinesio-nederland.nl/contact/



Lipofilling: achtergrond en praktische tips

Dit artikel is eerder verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie
jaargang 30 | nummer 3 | maart 2020

Onder lipofilling verstaan we het toevoegen van volume met autoloog vetweefsel. Vetweefsel lijkt een bijna ideaal opvulmateriaal: het heeft een zachte structuur, is plooibaar (vervormbaar), is autoloog, en is in overmaat aanwezig en goed bereikbaar. De overlevingskans van vetweefsel na transplantatie is van vele factoren afhankelijk. Zowel de wijze van werving van het donorvet, het bewerken van het materiaal als het terugplaatsen in het receptorgebied beïnvloedt het resultaat. Ook kan toevoeging van bijvoorbeeld shockwavetherapie (SWT) of stamcellen afkomstig uit het donorgebied bijdragen aan het resultaat. Het is een procedure die kan worden toegepast bij plaatselijk volumetekort door ziekte, trauma, congenitale aanleg of veroudering

Vet dat makkelijk bereikbaar is voor lipofilling bevindt zich in de (sub)cutis. Vetweefsel bestaat met name uit vetcellen, bindweefsel en bloedvaten. Ook zijn er structuren aanwezig die zenuwprikkels doorgeven en ruimtes die (lymfe)vocht verzamelen en kunnen afvoeren. Uit vet kan de *Stromal Vascular Fraction* (SVF) worden geïsoleerd die onder andere bestaat uit preadipocyten, pericyten, en hematopoëtische en mesenchymale stamcellen, de zogenoemde *Adipose Derived Stem Cells* (ASC). De concentratie ASCs is hoog. Het vetweefsel aan de dermale zijde van de oppervlakkige vetfascie bestaat uit kleinere vetlobuli, is witter van kleur en de SVF lijkt een hogere proliferatie- en metabole activiteit te vertonen in vergelijking met het diepe subcutane vet. Behalve voor energieopslag blijkt vetweefsel van belang bij meerdere fysiologische processen.

Behalve voor energieopslag blijkt vetweefsel van belang bij meerdere fysiologische processen.

Al sinds het einde van de negentiende eeuw zijn er publicaties over lipofilling. Er werd gerapporteerd over opvullen van defecten bij oorlogsslachtoffers, vetatrofie of na borstoperaties middels vrije vetgraft. Het betrof veelal casereports, succesvol in de publicatie, doch gezien de onvoorspelbaarheid van de overleving van het vetweefsel werd het geen populaire behandeling. Toen de ontwikkeling van de liposuctietechniek in de jaren tachtig van de twintigste eeuw een vlucht nam, kwam de lipofilling opnieuw in de belangstelling. Sindsdien zijn er talloze publicaties geweest en is vet als graft niet meer weg te denken uit het chirurgisch armamentarium. Echter, de wisselende resultaten en overlevingsduur van de grafts blijven de toepassing parten spelen. Inmiddels zijn er vele publicaties die zoeken naar verklaringen voor deze verschillende resultaten.

Er is echter nog geen communis opinio over de beste techniek van lipofilling. Dit stuk is bedoeld als handvat voor het kunnen begrijpen van de discussies en voor het toepassen van lipofilling in de praktijk. Het proces van lipofilling bestaat uit de werving van het donorvet, de bewerking van het vet en het terugplaatsen van het vet. Voor elk van deze fasen worden verschillende technieken gehanteerd.

Werven van vet

Subcutaan vet is gemakkelijk toegankelijk. In het donorgebied wordt tumescente lokale anesthesie gebruikt. Als anestheticum dient uitsluitend lidocaïne te worden gebruikt, dat geen invloed lijkt te hebben op de overlevingskans van de vetcellen, in tegenstelling tot andere lokale anesthetica. Na lokale verdoving kan vetweefsel worden geaspireerd middels een canule. Er wordt geadviseerd om een te hoge negatieve druk te voorkomen (max 0,5 atmosfeer), teneinde onnodige beschadiging van de vetcellen te voorkomen. De openingen in de canule bepalen de grootte van de individuele vetgraft (pearl), niet de doorsnee van de canule. Openingen van 1 tot 1,5 mm doorsnede lijken adequaat te zijn. Bij pearls van 3 mm of groter treedt centrale necrose op en daarmee een verlaagd overlevingspercentage van de vetcellen. Hoewel het werven van zeer kleine grafts aantrekkelijk lijkt gezien de makkelijke bereikbaarheid voor de bloedtoevoer, gaat dit proces ook gepaard met de meeste trauma's. In dit zogenoemde nanovet blijkt het percentage vitale vetcellen aanzienlijk gereduceerd. Wel lijkt het aantal ASCs hoog.

De locatie van het donorvet bestaat in theorie uit vet afkomstig van gebieden die niet of gering wisselen tijdens gewichtsschommelingen.

De locatie van het donorvet bestaat in theorie uit vet afkomstig van gebieden die niet of gering wisselen tijdens gewichtsschommelingen.

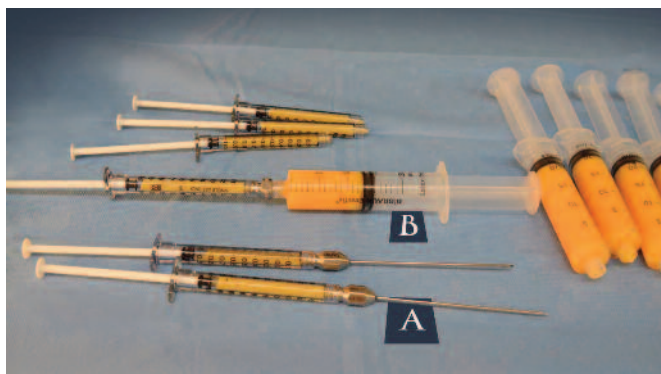
- **L. Habbema**
Dermatoloog, Bergman Clinics, Hilversum

In de praktijk zijn de heupen, trochantergebied, binnenzijde knie en bovenbeen en buik veel gebruikte donorgebieden.

Bewerking van vet

Vervolgens moet het vet worden ontdaan van bloed en verdovingsvloeistof, omdat ongewassen vet meer dode vetcellen lijkt te bevatten dan gewassen vet. Dit kan door een 'open' methode waarbij het aspiraats (het opgezogen weefsel met vloeistof) wordt gezeefd en vervolgens wordt gedroogd op gazen. Hierna wordt een spuit gevuld, klaar voor injectie.

Ook kan een gesloten methode worden gebruikt waarbij het aspiraats wordt gescheiden in vloeistof en een supranatant.



Injectie van vet (figuur 1)

Het terugplaatsen dient zo snel mogelijk te gebeuren, omdat reeds na een uur een verlaagde viabiliteit van de vetcellen wordt gevonden. Gecentrifugeerd of gedroogd vet bevat per mm³ aanzienlijk meer vetcellen dan vet dat al of niet gezeefd is. Het vet moet de kans krijgen om te doorbloeden. Hoe groter de graft, des te langer het duurt voordat het centrum van de graft van zuurstof is voorzien en des te groter de kans op centrale necrose. Doch ook het in grote hoeveelheden plaatsen van kleine grafts zal tot hetzelfde effect leiden, en dus tot een lager overlevingspercentage. Het over grotere volumes plaatsen van kleine grafts lijkt de grootste kans op overleving te bewerkstelligen. Spuiten van 1 ml kunnen worden gebruikt en het vet wordt met een retrograde beweging op meerdere niveaus geplaatst. De naald moet een interne diameter hebben die minimaal gelijk is aan de diameter van de opening in de aspiratiecanule. De procedure kan dan één of meerdere keren worden herhaald met tussenpozen van minimaal zes weken (figuur 2A,2B).

Het gebruik van autoloog vetweefsel als opvulmateriaal is algemeen geaccepteerd. Ten aanzien van de optimale techniek bestaat er geen eenduidigheid.



Combinaties

Meerdere therapieën zijn geprobeerd om de overlevingskans van het donorvet te verhogen.

Platelet Rich Plasma (PRP), *Stromal Vascular Fraction (SVF)*, *Shock Wave Therapie (SWT)* en carboxytherapie zijn hier voorbeelden van. Er bestaat geen bewijs voor duidelijke betere overleving van de grafts bij toepassing van deze behandelingen. Wel lijkt toepassing van SWT veelbelovend. Ook toepassing van, of verrijking van vet met SVF lijkt de overlevingskans gunstig te beïnvloeden en kan de kwaliteit van omgevende weefsels (zich uitend in een gaver huidoppervlak) verbeteren.

Conclusie

Het gebruik van autoloog vetweefsel als opvulmateriaal is algemeen geaccepteerd. Ten aanzien van de optimale techniek bestaat er geen eenduidigheid. Zowel de werving, de bewerking als het terugplaatsen van vet kan op verschillende wijzen worden uitgevoerd, waarbij de onderlinge voor- en nadelen onvoldoende bekend zijn. Ook kunnen aanvullende handelingen zoals preoperatieve SWT of toevoegen van SVF worden geïmplementeerd om de overlevingskans van de vetgrafts te vergroten en het resultaat van de behandeling te verbeteren.

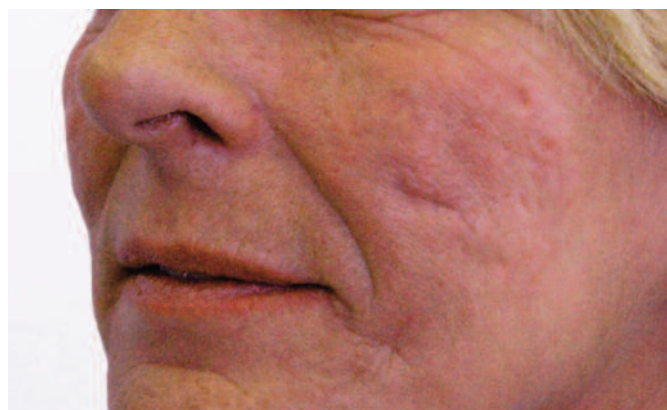
Samenvatting

Lipofilling is een snel in populariteit toenemende behandeling. Er bestaat echter geen eenduidigheid over de wijze waarop deze behandeling dient te worden uitgevoerd om de grootste overlevingskans van het vet te bewerkstelligen na transplantatie. De behandeling wordt uitgevoerd onder tumescente lokale anesthesie. Mechanische factoren zijn van groot belang voor het resultaat. Tijdens het werven betreft dit de hoogte van negatieve druk en de grootte van de openingen van de canule. Tijdens het bewerken van de graft het al of niet centrifugeren en tijdens het inspuiten de keuze van de naald of canule. Maar ook de keuze van het lokaal anestheticum, de diepte waarop het vet wordt geworven, het wassen van het aspiraats en het toevoegen van *Stromal Vascular Fraction* of shockwavetherapie kan het resultaat beïnvloeden. De therapeutische mogelijkheden zijn veelbelovend, doch het standaardiseren van de techniek vergt nog onderzoek.

Trefwoorden

lipofilling – vettransplantatie – vetweefselstamcellen – liposuctie – tumescente lokale anesthesie

Literatuurlijst zie: www.nvfl.nl



6,2 miljoen euro extra voor onderzoek naar lipofilling bij volledige borstreconstructie

25 november 2019

NVPC tevreden: toekenning is goed nieuws voor vrouwen met borstkanker Utrecht, 25 november 2019 – Op korte termijn komt er 6,2 miljoen euro extra geld beschikbaar voor onderzoek naar de toepassing van lipofilling bij een volledige borstreconstructie na borstkanker. Minister Bruins van VWS heeft dit besloten na een advies van het Zorginstituut Nederland. De toekenning is van groot belang voor borstkankerpatiënten. Het geld is bedoeld om aanvullend onderzoek te doen naar de effectiviteit en veiligheid van lipofilling als techniek voor een volledige borstreconstructie. Het gaat om vrouwen die een borstamputatie hebben ondergaan vanwege borstkanker of een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen hiervan als gevolg van een gen mutatie. Met deze studie kan worden aangetoond dat lipofilling een effectieve en veilige methode is. Dit is een belangrijke voorwaarde voor vergoeding vanuit het basispakket. Lipofilling wordt op dit moment in Nederland nog niet vergoed voor een volledige borstreconstructie. Dit geldt wel voor andere reconstructie-technieken, zoals bijvoorbeeld voor reconstructies met siliconen borstimplantaten. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) is blij met het extra geld en hoopt dat dit onderzoek een definitieve doorbraak betekent.

Momenteel loopt er in Nederland al een landelijke studie, de zogenaamde BREAST-trial, gecoördineerd door het Maastricht UMC. In dit onderzoek wordt lipofilling vergeleken met een borstreconstructie met een siliconen borstprothese. Projectleider en plastisch chirurg, prof. dr. René van der Hulst: "Lipofilling is een techniek die al veelvuldig en met veel succes binnen de borst reconstructieve chirurgie wordt toegepast voor kleine defecten. Binnen de BREAST-trial onderzoeken we de effecten van toepassing bij een volledige borstreconstructie. Deze wordt vergeleken met de standaardbehandeling, een borstreconstructie met implantaat. Door de onderzoeksopzet waarbij patiënten loten voor één van beide behandelingen, wordt het hoogst haalbare wetenschappelijke bewijs geleverd. Dat is belangrijk om een uitspraak te kunnen doen of lipofilling voor een volledige borstreconstructie doelmatig is. Als dat zo is, komt er eindelijk de noodzakelijke vergoeding vanuit het basispakket." Het gaat hierbij om een zogeheten Voorwaardelijk Toelatingstraject vanuit het Zorginstituut Nederland, waarin vrouwen moeten loten voor een van deze methoden. Tot 1 oktober 2019 konden patiënten besluiten deel te nemen om op deze manier binnen een vergelijkend onderzoek kans te maken op een borstreconstructie met lipofilling. Voordat de studie is

afgerond, zou er geen lipofilling-behandeling (meer) kunnen worden aangeboden voor een volledige borstreconstructie.

Tweede studie

De 6,2 miljoen euro die nu extra beschikbaar komt, is bestemd voor een tweede studie (BREAST II) verdeeld over 10 klinieken. Maximaal 350 vrouwen kunnen hierdoor alsnog met lipofilling worden behandeld als totale borstreconstructie techniek. René van der Hulst is verheugd dat met de BREAST II studie voor meer vrouwen een volledige borstreconstructie met lipofilling beschikbaar wordt gemaakt. "Voor een definitieve vergoeding moeten we de resultaten van de BREAST-trial afwachten. Maar door de BREAST II zijn er wel 350 extra patiënten die in aanmerking kunnen komen om met deze veelbelovende en innovatieve techniek een borstreconstructie te ontvangen. Voor vrouwen met borstkanker is het kunnen kiezen uit meerdere borstreconstructiemethoden erg belangrijk. Niet elke methode is voor iedereen geschikt en niet elke vrouw wil borstimplantaten."

Waardevolle aanvulling

De NVPC zet zich al jaren in om de behandeling met lipofilling vanuit het basispakket vergoed te krijgen. Deze techniek kan vooral voor vrouwen die een borstsparende operatie of borstamputatie vanwege borstkanker hebben ondergaan, een waardevolle aanvulling op de huidige behandelopties zijn. Lipofilling maakt gebruik van het verplaatsen van vetcellen, van een locatie waar er genoeg vet is naar een locatie waar er een tekort aan vet is. Na het transplanteren van deze vetcellen, moeten deze vetcellen ingroeien. De vetcellen zorgen voor volume, maar verbeteren ook de doorbloeding van het aangedane gebied en kunnen bovendien pijnklachten verminderen, door een inert pijnstillend effect en doordat ze het bot of de zenuwen bedekken. Bij een behandeling met lipofilling is geen lichaamsvreemd materiaal nodig zoals bijvoorbeeld bij een siliconenprothese, waardoor er geen risico is op infectie, kapselvorming met bijbehorende pijnklachten, ruptuur en de noodzaak van latere prothesewissels. Lipofilling leidt nauwelijks tot extra littekens, het gaat om een relatief weinig belastende operatie, waarvan er wel 3 of 4 nodig zijn voor een goed resultaat, en het herstel verloopt over het algemeen snel. Bovendien groeit het verplaatste vetweefsel mee met de rest van het lichaam en geeft het daardoor een levenslang resultaat.

Voor meer informatie is het mogelijk contact op te nemen met Arjan Hoek, via a.hoek@reputatiegroep.nl

Landelijke Overleg Paramedische en PsychoSociale Oncologische Zorg

Na de lancering van het Nationaal Actieplan Kanker&Leven heeft de redactie van o² een interview gehouden met de voorzitter van het Landelijke Overleg Paramedische en PsychoSociale Oncologische Zorg (LOPPSOZ). Het LOPPSOZ geeft invulling aan de werkgroep Psychosociale en fysieke effecten van de Taskforce Cancer Survivorship Care en heeft een bijdrage geleverd aan het Nationaal Actieplan Kanker & Leven welke is ontwikkeld vanuit de Taskforce Cancer Survivorship Care. Naast voorzitter van de NVFL is Joeri Gilissen sinds september 2020 tevens voorzitter van het LOPPSOZ.

Welke inbreng had het LOPPSOZ in het Nationaal Actieplan Kanker&Leven?

Een breed palet aan partijen heeft samengewerkt aan het Nationaal Actieplan Kanker&Leven (NAP K&L). Grote partijen zijn Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en KWF Kankerbestrijding naast de vertegenwoordiging vanuit verschillende zorgprofessies; huisarts, arbeidsdeskundige, psycholoog, diëtist, verpleegkundige, oncoloog en ook de fysiotherapeut, onderzoekers en patiënt-vertegenwoordigers. Het NAP K&L wordt door veel partijen ondersteund.

Het LOPPSOZ heeft via twee werkgroepen ('Organisatie van zorg' en 'Psychosociale en fysieke effecten') inbreng gehad het NAP K&L.

Voor de NVFL is de vergoeding van fysiotherapie al geruime tijd een speerpunt. Mede dankzij de inzet vanuit de NVFL is de vergoeding van paramedische zorg in de 1^e lijn benoemd in het NAP K&L en is gestart met de lobby om financiële drempels voor fysiotherapie in de 1^e lijn weg te nemen.

Een doel van het NAP K&L is aandacht voor (na)zorg vanaf diagnose naast de medische behandeling. Op dit moment loopt er in de 2^e lijn een traject waarbij een verpleegkundigen als vast aanspreekpunt fungeert. Tijdig mensen in beeld hebben maakt het mogelijk te anticiperen op te verwachten problemen zoals oedeem of vermoeidheid.

● **Conny Robbeson**
redactie



LANDELIJK OVERLEG
Paramedische en PsychoSociale
Oncologische Zorg

En te bepalen welke patiënten met een advies geholpen zijn en welke meer ondersteuning nodig hebben als er bijvoorbeeld een zware operatie aankomt. Het is belangrijk dat patiënten weten bij welke zorgprofessionals ze kunnen aankloppen voor ondersteuning en dit tijdig weten in te schakelen. Het is wenselijk tijdig te anticiperen om de kwaliteit van leven van patiënten zo optimaal mogelijk te houden.

Dat in ieder geval de eerste 20 consulten fysiotherapie niet worden vergoed vanuit de basisverzekering, creëert een financiële drempel. Mensen die recentelijk de diagnose kanker hebben gekregen richten zich in eerste instantie meestal niet op de mogelijkheden die er zijn met betrekking tot ondersteunende (na)zorg bij kanker. Als ze dit ook nog zelf dienen te betalen terwijl er nog geen fysieke of mentale klachten worden ondervonden van de medische behandelingen. Veruit het grootste gedeelte van de mensen met kanker is 3 maanden na de diagnose er slechter aan toe dan op het moment van de diagnose. Meestal komt dit door de medische behandeling. Hier kan je op anticiperen

door vroege inzet van fysiotherapie of andere ondersteuning om problemen in de toekomst te minimaliseren en uiteindelijk zinnigere en zuinigere zorg levert.

Wie gaat de vroege ondersteunende zorg aanbieden?

Het "vaste aanspreekpunt" is een onderwerp opgenomen in het NAP K&L en is iemand die vragen beantwoordt en monitort hoe een patiënt zo goed mogelijk leeft met en na kanker al vanaf de diagnose. Op dit moment loopt er een traject in de 2^e lijn in ziekenhuizen waarbij de verpleegkundige als vast aanspreekpunt fungeert. In december start een project, waarbij het LOPPSOZ betrokken is, ten aanzien van multidisciplinaire netwerken in de 1^e lijn binnen de oncologie. In dit project is aandacht voor een consultfunctie. De precieze inrichting van dit consult zal vanaf december door betrokken partijen vorm gegeven worden.

De patiënt in de vroeg-palliatieve fase heeft in het begin begeleiding nodig. Er moet heel duidelijk verteld worden waar ze ondersteuning kunnen halen. En er moet geen drempel zijn om deze ondersteuning vervolgens daadwerkelijk te ontvangen.

Wie heeft invloed op de acties die in dit actieplan zijn beschreven?

Het NAP K&L gaat over veranderingen in het zorgsysteem, zowel financieel, inhoudelijk als beleidsmatig. Partijen die daar invloed op hebben zijn o.a. het ministerie van VWS, politiek Den Haag en zorgverzekeraars. Het NAP K&L is bedoeld voor beleidsmakers, zorgverleners, en anderen om inzicht te geven waar de oncologische zorg verder verbeterd kan

worden. De kracht is dat veel partijen het NAP K&L ondersteunen en tot dit document zijn gekomen. De komende 3-5 jaar ligt de focus op een aantal thema's, waaronder het weghalen van financiële drempels in de 1^e lijn, te beginnen bij de vergoeding fysiotherapie. De lobby daarvoor is al gestart en er is interesse van verschillende politieke partijen om deze problematiek aan te pakken.

Welke praktijkvoorbeelden zijn gebruikt om de problemen te duiden?

In het Radboud UMC loopt nu een onderzoek, met een subsidie vanuit de onderzoekscall van het Nationaal Fonds tegen Kanker-NVFL, waarbij gekeken wordt of begeleiding bij darmkankerpatiënten voor operatie en chemotherapie een gunstige invloed heeft op het beloop en de ervaren ziektelast. Op dit moment krijgen mensen de diagnose kanker en een afspraak voor een operatie over 6 weken. Tijdens de operatie wordt zichtbaar of iemand uitzaaiingen heeft of niet en of chemotherapie 6-8 weken na de operatie gewenst is.

“Nu laten we mensen eerst vallen voor we ze weer oprapen”.

Uiteindelijk blijkt ongeveer 50% van de patiënten die chemotherapie nodig hebben, fysiek niet fit genoeg is om deze te krijgen. Van de patiënten die wel chemotherapie krijgen is een groot gedeelte niet in staat om de volledige kuur af te maken. In de weken voor de operatie en voor de chemotherapie gebeurt nu niks, geen adviezen ten aanzien van voeding, fysieke

fitheid e.d. Dat is een gemiste kans voor wat betreft de kwaliteit van leven van een patiënt alsook ten aanzien van de investeringen in de operatie en chemotherapie. Nauwelijks wordt geld geïnvesteerd in hoe mensen die leven met of na kanker zich voelen en wat de kwaliteit van leven is. De kosten voor borstkanker zijn +/- 1% van het totale zorgbudget. Van die 880 miljoen is maar een klein bedrag nodig om de nazorg voor borstkanker (verder) te organiseren. Met het LOPPSOZ zetten we ons in om kwaliteit van leven veel meer onder de aandacht te brengen. Kanker is niet zo simpel als je geneest wel of niet.

Kanker is niet zo simpel als je geneest wel of niet.

Met de beweging de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) komt steeds meer aandacht voor het tijdig inzetten van de juiste zorg en substitutie van zorg. Het NAP K&L geeft voor de oncologie richting. In de drie ACSM-papers waar o.a. dr. Martijn Stuiver van het Antoni van Leeuwenhoek en prof. dr. Anne May van het Julius Centrum UMC Utrecht een bijdrage aan hebben geleverd), wordt duidelijk aangetoond wat het belang is van fysieke fitheid en (begeleid) bewegen bij kanker.

Wat is de functie van netwerken in het NAP K&L?

De taskforce streeft naar meer kennis en expertise over de gevolgen van kanker om zorg te optimaliseren. Het optimaliseren van zorg kan ook middels (regionale) samenwerking met andere disciplines en multidisciplinaire netwerken. Het eerder

genoemde project t.a.v. oncologienetwerken in de 1^e lijn probeert dit proces te ondersteunen en te versnellen. Het is belangrijk om knelpunten in samenwerking kenbaar te maken en te zoeken naar effectieve manieren van samenwerking. Een ander belangrijk punt in het NAP K&L, is arbeid als behandeldoel. Arbeid moet vanaf de diagnose als behandeldoel in het hele behandelproces worden meegenomen.

Wat staat er op korte termijn te gebeuren?

Een van de speerpunten in het NAP K&L is het wegnemen van financiële drempels in de 1^e lijn, te beginnen bij fysiotherapie. De bewijzen voor de effectiviteit van een beweeginterventie oncologie onder begeleiding van een fysiotherapeut zijn duidelijk. Nu is het zaak om dit bij de juiste beleidsmakers onder de aandacht te brengen om een verandering te bewerkstelligen en daadwerkelijk werk te maken van de juiste zorg op de juiste plek, vanaf diagnose. ●

Uitgelicht: Stichting NET groep

Informatie over neuro-endocriene tumoren

De Zebra is internationaal het symbool voor neuro-endocriene tumoren. Artsen hebben tijdens hun opleiding geleerd om op 'paarden' te letten. Maar om een zeldzame ziekte als NET of NEC te herkennen, is het van belang om naar de minder voorkomende zebra's te zoeken. Daarnaast zijn de strepen van de zebra camouflaged, waardoor een individuele zebra in de kudde slecht wordt herkend. Elke zebra is anders, dat geldt ook voor NET en NEC!



“Elke NET en NEC is anders, net als de strepen van een zebra.”

Deze tekst is mij altijd bijgebleven toen ik zo'n zes jaar geleden van een patiënt informatie kreeg over NET, oftewel Neuro-Endocriene kanker. Ik had er toen nog nooit van gehoord. Een paar maanden geleden moest ik ineens weer aan haar denken, waarom weet ik niet meer. Maar sindsdien heb ik geen patiënten met NET of NEC meer behandeld, wat heel goed kan omdat het een redelijk zeldzame vorm van kanker is. Misschien is het voor velen van ons nog onbekend en daarom hieronder een beknopte uitleg.

Neuro-endocriene tumoren (NET graad 1, 2, 3) en neuro-endocriene carcinoomen (NEC) zijn zeldzaam en kunnen op elke plaats in het lichaam ontstaan. Er zijn echter grote verschillen tussen NET en NEC wat betreft onderzoek, behandeling en prognose.

Een NET is een zeldzame vorm van kanker. NET ontstaan vanuit neuro-endocriene cellen. Neuro-endocriene cellen zitten verspreid door het hele lichaam. De tumor kan daarom overal in het lichaam ontstaan. De meeste NET ontstaan in het maag-darmkanaal, de alvleesklier (pancreas) en de longen. Neuro-endocriene tumoren worden verdeeld in drie groepen. Dit heeft te maken met de

snelheid waarmee de tumor groeit. Hoe sneller de tumor groeit, hoe kwaadaardiger. Het is daarom belangrijk om van uw specialist te horen welke soort NET u heeft. De soort tumor en de groeisnelheid bepalen welke behandeling er mogelijk is en wat de kansen voor overleving zijn.

Functionele & niet-functionele NET

NET worden onderverdeeld in functioneel en niet-functioneel. Dit zegt of de tumor een teveel aan hormonen, hormoonachtige stoffjes produceert. Het gaat hierbij niet om geslachtshormonen. Maar om stoffjes zoals serotonine, neuro-peptiden, insuline en gastrine.

Functionele NET

NET die een teveel aan hormonen of hormoonachtige stoffen maken worden 'functionele tumoren' genoemd. Als er teveel hormonen of hormoonachtige stoffen geproduceerd worden, dan kunnen klachten optreden. Dit zijn klachten zoals: opvliegers (flushes), benauwdheid, diarree, misselijkheid, duizeligheid, jeuk, gewichtsverlies, maagzuur, hartkloppingen en (buik)pijn. De tumoren die deze klachten veroorzaken zijn bijvoorbeeld: NET met carcinoïdsyndroom, gastrinoom, insulinoom, glucagonoom en Vipoom.

● **Annette Emmink**
redactie

iene kanker

Niet-functionele NET

Als een NET geen extra hormonen of hormoonachtige stoffen maakt wordt dit een 'niet-functionele tumor' genoemd. Niet-functionele NET worden vaak pas ontdekt als deze pijnklachten geven. Deze pijn wordt veroorzaakt door de grootte (omvang) van de tumor en de plaats waar hij groeit. Hierdoor kan een orgaan bekneld raken.

Een neuro-endocrien carcinoom (NEC) is 'slecht gedifferentieerd'. De 'differentiatie-graad' zegt iets over de groeisnelheid. Een slecht gedifferentieerde tumor groeit meestal snel. De groeisnelheid van de tumoren bepaalt welke behandeling er mogelijk is en wat de kansen voor overleving zijn.

De website van de NET-groep behandelt alleen NEC die buiten de longen is ontstaan.

Kleincellig & grootcellig

NEC worden ingedeeld in kleincellige (SCNEC) of grootcellige (LCNEC) carcinomen. Het merendeel van de NEC is kleincellig (SCNEC). De afkortingen van de namen die horen bij NEC komen uit het Engels.

Kleincellig carcinoom: SCNEC (Small Cell Neuro Endocrine Carcinoma)

Grootcellig carcinoom: LCNEC (Large Cell Neuro Endocrine Carcinoma)

Voor de behandeling van NEC buiten de longen maakt het niet uit of het een SCNEC of een LCNEC betreft.

SCNEC groeien primair vaker vanuit de longen. Een klein deel van de SCNEC groeit vanuit andere plaatsen in het lichaam.

De gebruikelijke naam voor SCNEC in de long is eigenlijk SCLC: small cell lung cancer. SCLC komt vaak voor in Nederland, daar hebben longartsen ruime ervaring mee.

LCNEC zijn zeldzaam en hiervan groeit ongeveer de helft primair vanuit de longen. De overigen ontstaan in andere delen in het lichaam. Maar vaak wordt de 'primaire tumor' bij LCNEC niet gevonden.

Op de website wordt de informatie over NET en NEC gescheiden waar nodig. Alle medische informatie op de website is gerealiseerd i.s.m. met de Raad van Advies en is dus betrouwbaar.

Bron van de informatie hierboven is van de website www.net-kanker.nl. Via maar liefst 21 buttons komt u bij de hoofdthema's in de website. Zo veel informatie is er te delen. Maar ook kunt u een trefwoordenlijst raadplegen. Ondanks dat er zoveel informatie is over NET en NEC, is de website overzichtelijk ingedeeld en kunt u snel bij alle informatie. U kunt bij de NET-groep geen vragen stellen over NET of NEC. Er wordt geadviseerd die vragen te stellen aan uw (verpleegkundig) specialist. Met name omdat iedere vorm van NET of NEC zo anders is.

lastofa[®]
forte

OFA'S NIEUWE
VLAKBREI KWALITEIT
MET MERINO WOL

Voordelen Merino wol:

- warmte- en vochtregulerend
- hoog draagcomfort in combinatie met microvezel
- geurwerend

ofa nederland

Stevensstraat 35 - 5843 AB - Westerbeek - 0485-385123 - info@ofa-nederland.nl - www.ofa-nederland.nl

2016 ESC Position Paper on cancer treatment developed under the auspices of the ESC

The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC)
European Journal of Heart Failure (2017) 19, 9–42. doi:10.1002/ejhf.654

Richtlijnen en position papers geschreven onder auspiciën van de ESC Committee for Practice Guidelines geven een samenvatting en evaluatie van alle beschikbare gegevens over een bepaald onderwerp op het moment van het schrijfproces, met als doel gezondheidsprofessionals bij te staan bij het selecteren van de beste behandelstrategieën voor een individuele patiënt met een bepaalde aandoening, rekening houdend met de impact op de uitkomst, evenals de risico-baten verhouding van bepaalde diagnostische of therapeutische middelen.



O² publiceert een Nederlandstalig uittreksel van deze Position Paper. Dit uittreksel vervangt geenszins het oorspronkelijke document dat te vinden is via <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ejhf.654>

1. Inleiding

Verbeteringen in de behandeling hebben geleid tot een betere overleving van patiënten met kanker, maar hebben ook verhoogde morbiditeit en mortaliteit als gevolg van bijwerkingen van de behandeling.^{1,2} Cardiovasculaire aandoeningen (CVD) zijn een van de meest voorkomende van deze bijwerkingen, en er is een groeiende bezorgdheid dat ze kunnen leiden tot voortijdige morbiditeit en mortaliteit bij overlevenden van kanker.³ Dit kan het gevolg zijn van cardiotoxiciteit, waarbij directe effecten zijn van de behandeling van kanker op de hartfunctie en hartweefsel, of kan het gevolg zijn van een versnelde ontwikkeling van CVD, vooral in de aanwezigheid van traditionele cardiovasculaire risicofactoren.⁴

Hoewel cardio-oncologie steeds meer aandacht krijgt, moeten nog veel aspecten van zowel door straling geïnduceerde als door kanker veroorzaakte CVD worden opgehelderd. Verder, het onvermogen om de lange termijn gevolgen te voorspellen van de behandel-gerelateerde cardiovasculaire bijwerkingen leidt tot onder- of overdiagnose van CVD, soms resulterend in het niet kunnen voorkomen van bijwerkingen en soms tot gedwongen onderbreking van een mogelijke levens-

reddende behandeling van kanker. De complexiteit van CVD als gevolg van eerdere kankerbehandeling vereist de vorming van multidisciplinaire teams met specialisten in cardiologie, oncologie en andere gerelateerde gebieden. Deze cardio-oncologische teams moeten ook worden betrokken bij de langetermijn controles van overlevenden van kanker met een potentieel voor late cardiovasculaire complicaties en bij de ontwikkeling van mogelijke nieuwe behandelingen die cardiotoxische effecten kunnen hebben, evenals bij de evaluatie van cardiale gevolgen gerelateerd aan dergelijke geneesmiddelen.

Dit document geeft een overzicht van de verschillende stappen in cardiovasculaire monitoring en besluitvorming voor, tijdens en na de behandeling van kanker met mogelijke cardiovasculaire bijwerkingen. Hoewel dit document geen klinische praktijkrichtlijn is, is het bedoeld als hulpmiddel voor professionals die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met kanker en overlevenden door middel van een expert consensus over de huidige normen van de zorg.

In het algemeen kunnen de cardiovasculaire complicaties van kankertherapie worden verdeeld in negen hoofdcategorieën:

- Myocardiale disfunctie en hartfalen (HF);
- Coronaire hartaandoeningen (CAD);
- Hartklepaandoeningen;
- Hartritmestoornissen, in het bijzonder die geïnduceerd zijn door QT-verlengende geneesmiddelen;
- Arteriële hypertensie;
- Trombo-embolische aandoening;

- Perifere vasculaire ziekte en beroerte;
- Pulmonale hypertensie en
- Pericardiale complicaties.

In deze artikelenreeks worden de cardiovasculaire complicaties van de behandeling van kanker beschreven: Deel 1:

2.1 Myocardiale disfunctie en hartfalen

2.1.1 Pathofysiologie en klinische presentatie

Myocardiale disfunctie en HF, vaak omschreven als cardiotoxiciteit, zijn de meest aandacht vragende cardiovasculaire complicaties van kankertherapieën en veroorzaken een toename van morbiditeit en mortaliteit. Samenwerking tussen behandelaren is van groot belang ter preventie en behandeling van cardiotoxiciteit terwijl preventie niet ten koste gaat van de behandeling voor de kanker, om het eindresultaat van de patiënt te maximaliseren.⁵ Het tijdstip waarop cardiotoxiciteit zich klinisch manifesteert varieert aanzienlijk; sommige behandelingen tegen kanker veroorzaken bijwerkingen die vroeg optreden na de toediening- en daarom een negatieve invloed hebben op oncologische therapie - terwijl andere pas jaren later klinische problemen geven als gevolg van hartschade. Daarnaast veroorzaken sommige kankergeneesmiddelen, bijvoorbeeld anthracyclinen, progressieve cardiale remodellering als een laat gevolg van eerdere myocytschade, resulterend in late cardiomyopathie, terwijl andere tijdelijke hartstoornissen kunnen veroorzaken zonder langetermijngevolgen. Het geven van een chronische cardiovasculaire prognose is vaak moeilijk omdat patiënten met kanker meestal meerdere

ents and cardiovascular toxicity Committee for Practice Guidelines



geneesmiddelen tegen kanker krijgen en soms bestraling, met de mogelijkheid van cardiotoxische effecten van interacties tussen de verschillende therapeutische modaliteiten.⁶

Table 1 Incidence of left ventricular dysfunction associated with chemotherapy drugs^{10–21}

Chemotherapy agents	Incidentie (%)
Anthracyclines (dose dependent)	
Doxorubicin (Adriamycin)	
400 mg/m ²	3–5
550 mg/m ²	7–26
700 mg/m ²	18–48
Idarubicin (>90 mg/m ²)	5–18
Epirubicin (>900 mg/m ²)	0.9–11.4
Mitoxanthone >120 mg/m ²	2.6
Liposomal anthracyclines (>900 mg/m ²)	2
Alkylating agents	
Cyclophosphamide	7–28
Ifosfamide	
<10 g/m ²	0.5
12.5–16 g/m ²	17
Antimetabolites	
Clofarabine	27
Antimicrotubule agents	
Docetaxel	2.3–13
Paclitaxel	<1
Monoclonal antibodies	
Trastuzumab	1.7–20.128 ^a
Bevacizumab	1.6–414 ^b
Pertuzumab	0.7–1.2
Small molecule tyrosine kinase inhibitors	
Sunitinib	2.7–19
Pazopanib	7–11
Sorafenib	4–8
Dasatinib	2–4
Imatinib mesylate	0.2–2.7
Lapatinib	0.2–1.5
Nilotinib	1
Proteasome inhibitors	
Carfilzomib	11–25
Bortezomib	2–5
Miscellaneous	
Everolimus	<1
Temsirolimus	<1

a Gebruik in combinatie met anthracyclines en cyclophosphamide.

b Bij patiënten met gelijktijdig anthracyclines.

Linker ventriculaire (LV) disfunctie en HF zijn relatief frequente en ernstige bijwerkingen van de behandeling van kanker. Overlevenden van kinderkanker, behandeld met anthracyclines en / of mediastinale radiotherapie hebben een 15-voudig toegenomen levenslang risico op HF.⁷ Bij oudere patiënten met een reeds bestaand cardiovasculair risico, is het kortetermijnsrisico voor het ontwikkelen van HF ook verhoogd. Tyrosinekinaseremmers (TKIs) veroorzaken met name bij kankerpatiënten met reeds bestaande cardiovasculaire risico's LV-disfunctie of HF.⁹ Tabel 1 geeft een overzicht van de incidentie van LV-disfunctie voor verschillende chemotherapeutische geneesmiddelen.

2.1.1.1 Anthracyclines

Anthracyclines zijn effectief voor de behandeling van solide tumoren en hematologische maligniteiten en vermijden vanwege zorgen over cardiale bijwerkingen kunnen de prognose negatief beïnvloeden.^{22,23} Anderzijds kunnen anthracyclines irreversibele hartschade veroorzaken, wat weer de prognose beïnvloedt.²⁴ Er is een grote variatie tussen patiënten in hun gevoeligheid voor anthracyclines. Terwijl velen de standaard dosis anthracyclines tolereren zonder langdurige complicaties, kan behandelingsgerelateerde cardiotoxiciteit al na de eerste dosis bij andere patiënten optreden.²⁵ Het algemeen geaccepteerde pathofysiologische mechanisme van anthracycline-geïnduceerde cardiotoxiciteit is de beschadiging van de celmembraan van de cardiomyocyten.

De cardiotoxiciteit van anthracyclines kan acuut, vroeg of laat zijn. Acute toxiciteit, voornamelijk supraventriculaire aritmie, voorbijgaande LV disfunctie en ECG-veranderingen, is meestal reversibel. Acute hartdisfunctie kan echter ook duiden op myocytschade en uiteindelijk evolueren naar vroege of late cardiotoxiciteit. Verhoging van cardiale biomarkers kan een manier zijn om patiënten te identificeren die risico lopen op lange termijn cardiotoxiciteit.

Vroege effecten treden op binnen het eerste jaar van de behandeling, terwijl late effecten zich manifesteren na enkele jaren

(mediaan van 7 jaar na behandeling).^{34,35}

Als anthracycline-geassocieerde hartdisfunctie vroeg is ontdekt en behandeld met HF-medicijnen, hebben patiënten vaak een goed functioneel herstel. Omgekeerd, als patiënten laat na het begin van hartstoornissen worden geïdentificeerd, is HF meestal moeilijk te behandelen.³⁸ Risicofactoren voor anthracycline-gerelateerde cardiotoxiciteit zijn levenslange cumulatieve dosis, doseringsschema en aandoeningen zoals reeds bestaande harten vaatziekten, hypertensie, gelijktijdig gebruik van andere chemotherapieën of mediastinale radiotherapie en oudere leeftijd.¹³ Kinderen behandeld met anthracyclines, lopen een zeer hoog risico op anthracycline-cardiotoxiciteit³⁹ (tabel 2).

Tabel 2 Factoren geassocieerd met risico op cardiotoxiciteit na behandeling met anthracyclines^a

Risicofactoren

- Cumulatieve dosis
- Vrouwelijk geslacht
- Leeftijd
 - >65 jaar oud
 - kinderen (<18 jaar)
- Nierfalen
- Gelijktijdig of eerder radiotherapie op het hart
- Gelijktijdig chemotherapie
 - alkylating of antimicrotubule agents
 - immuno- en targeted therapies
- Bestaande condities
 - Cardiale aandoeningen met ↑ wandstress
 - Arteriële hypertensie
 - Genetische factoren

^a Anthracyclines (daunorubicin, doxorubicin, epirubicin, idarubicin) of anthracenedione (mitoxantrone).

2.1.1.2 Andere conventionele chemotherapieën

Andere conventionele chemotherapieën die myocardi-disfunctie en HF kunnen veroorzaken zijn cyclofosfamide, cisplatin, ifosfamide en taxanen. Cyclofosfamide cardiotoxiciteit wordt vooral gezien bij patiënten behandeld met hoge doses vóór beenmergtransplantatie.⁴⁰ HF treedt meestal op binnen enkele dagen na toediening. Risicofactoren zijn onder meer de totale bolusdosis, oudere leeftijd,

combinatietherapie met andere geneesmiddelen tegen kanker en mediastinale bestraling.⁴¹ Soms veroorzaken cisplatin en ifosfamide HF vanwege meerdere pathologische effecten. Bij platines is de toediening met een hoog intraveneus volume nodig om platinegerelateerde toxiciteit te voorkomen. Deze volume-overbelasting bij een reeds bestaande myocardstoornis, is vaak de oorzaak van episodes van HF.

2.1.1.3 Immunotherapie en targeted therapy

Immunotherapie en targeted therapy hebben geleid tot substantiële verbetering van de effectiviteit. Remming van human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) signalling met hetzij antilichamen [trastuzumab, pertuzumab, trastuzumab-emtansine (T-DM1)] of TKIs (lapatinib) verbeterde de resultaten van patiënten met HER2-positieve borstkanker in combinatie met chemotherapie.⁴⁴ Trastuzumab met gelijktijdig of eerder gebruik van anthracyclines verhoogt de cardiotoxiciteit van trastuzumab aanzienlijk.⁴⁵ Trastuzumab na anthracycline-vrije chemotherapie reduceerde klinisch HF aanzienlijk.

In de trials met trastuzumab als adjuvante therapie bij borstkanker werd een vergelijkbare toename van de cardiotoxiciteit in de tijd niet gezien.⁴⁸⁻⁵¹ Long-term follow-up data (tot 10 jaar) wijzen niet op het laat ontstaan van HF bij patiënten met een laag cardiovasculair risico behandeld met trastuzumab.⁴⁸⁻⁵¹

In tegenstelling tot anthracyclines, trastuzumab cardiotoxiciteit manifesteert zich tijdens therapie.

Trastuzumab-geïnduceerde LV disfunctie en HF zijn gewoonlijk reversibel. Het mechanisme van anti-HER2-medicatie geïnduceerde cardiotoxiciteit omvat structurele en functionele veranderingen in contractiele eiwitten en mitochondria, maar dit leidt zelden tot celdood, dit verklaart de mogelijke reversibiliteit.^{53,54}

2.1.1.4 Inhibitie van de vasculaire

Endotheliale groeifactor signalling pathway Inhibitie van de vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF) signalling pathway werkt bij patiënten met solide kankers, maar sommige VEGF-remmers veroorzaken reversibele of irreversibele cardiale bijwerkingen, vooral in combinatie met of na conventionele chemotherapie. De TKIs sunitinib, pazopanib en axitinib veroorzaken hartdisfunctie bij 3-15% en symptomatische HF bij 1-10% van de patiënten.⁶¹⁻⁶⁴ Tabel 3.

Table 3 Factors associated with risk of cardiotoxicity following anti-HER2 compounds and VEGF inhibitors⁷⁰⁻⁷²

Agent	Risicofactoren
Anti-HER2 compounds	
● Antibodies ● Trastuzumab ● Pertuzumab ● T-DM1 ● Tyrosine kinase inhibitor ● Lapatinib	- Eerdere of gelijktijdige anthracycline behandeling (korte tijd tussen anthracycline en anti-HER2) ■ Leeftijd (>65 jaar) ■ Hoog BMI >30 kg/mg2 ■ Eerdere LV disfunctie ■ Arteriële hypertensie ■ Eerdere radiatietherapie
VEGF inhibitors	
● Antibodies ● Bevacizumab ● Ramucirumab ● Tyrosine kinase inhibitors ● Sunitinib ● Pazopanib ● Axitinib ● Neratinib ● Afatinib ● Sorafenib ● Dasatinib	■ Reeds bestaand HF, significante CAD of linker VHD (b.v. mitralis regurgitatie), chronisch ischaemie cardiomyopathie ■ Eerdere anthracycline ■ Arteriële hypertensie ■ Reeds bestaande hartaandoeningen
BMI = body mass index; CAD = coronary artery disease; HER2 = human epidermal growth factor receptor 2; HF = hartfalen; MI = myocard infarct; VEGF = vascular endothelial growth factor; VHD = hartklep aandoening	

2.1.1.5 Inhibitie van BCR-ABL kinase

De inhibitie van BCR-ABL-kinase door kleine moleculen zoals imatinib verbeterde de prognose van patiënten met verschillende vormen van chronische leukemie en sommige vormen van gastro-intestinale stromale tumoren. Nilotinib en ponatinib hebben een verband met cardiovasculaire events aangetoond.⁷⁴⁻⁷⁵

2.1.1.6 Proteasoomremmers

Proteasome-remmers zijn een relatief nieuwe behandeling voor multiple myeloom. Bortezomib en carfilzomib zijn de twee klinisch beschikbare medicijnen die mogelijk hartstoornissen veroorzaken. Proteasomen, eiwitcomplexen verantwoordelijk voor het afbreken van disfunctionele of onnodige eiwitten, hebben een belangrijke functie in het onderhoud van cardiomyocyten; hartstoornissen en andere hartproblemen kunnen worden verwacht als deze onderhoudsfunctie is verminderd.⁷⁶ Carfilzomib geeft een hoog risico op HF (tot 25%).^{78,79} De incidentie van HF bij bortezomib is relatief laag (tot 4%), hoewel het soms nog verergert door gelijktijdig gebruik van steroïden.⁷⁷

2.1.1.7 Radiotherapie

De werkelijke incidentie van radiatie-

geïnduceerde cardiotoxiciteit is moeilijk te evalueren; door de lange vertraging tussen radiotherapie en de klinische manifestatie van hartziekten, het gelijktijdige gebruik van cardiotoxische chemotherapie en het niet toeschrijven van hartziekten aan eerdere radiotherapie. Onder overlevenden was het risico op HF 4,9-voudig verhoogd.⁸¹ Bij patiënten met borstkanker behandeld in de periode 1980-2000, was het risico op cardiotoxiciteit het hoogst bij patiënten behandeld met zowel linkerborststradiotherapie als cardiotoxische chemotherapie, hetgeen een synergetisch effect op het hartrisico suggereert.⁸² Kenmerkend interstitiële myocardiale fibrose komt vaak voor bij radiatie-geïnduceerde cardiotoxiciteit.⁸⁰ Bij volwassen overlevenden van kinderkanker behandeld met alleen radiotherapie op de borst had 22% diastolische disfunctie en 27,4% vertoonde verminderde inspanningscapaciteit (<490 m 6MWT).⁸³ Systolische disfunctie wordt gewoonlijk waargenomen wanneer radiotherapie wordt gecombineerd met anthracyclines. HF kan ook worden versterkt door gelijktijdig radiatie-geïnduceerde hartklepaandoeningen (VHD) en CAD. ●

In gesprek met Marian van den Oever: Ofa Nederland

O² geeft het woord aan werknemers binnen bedrijven die samenwerken met of service verlenen aan oedeemfysiotherapeuten en/of oncologiefysiotherapeuten. Zij vertellen over zichzelf, hun werk en het bedrijf waar zij werken. Als leidraad wordt een reeks van vragen gebruikt.

Ik ben Marian van den Oever, 50 jaar oud en sinds 1 april 2020 werkzaam als accountmanager buitendienst bij Ofa Nederland.

Daarvoor had ik in mijn werkzame leven natuurlijk al een afwisselend traject doorlopen. Na afronding van de MAVO heb ik een opleiding tot schoonheidsspecialiste gevolgd en afgerond. Maar ik kwam langzaam tot het besef dat ik "al dat getut" eigenlijk maar vreselijk vond. Dus ging ik op zoek naar een nieuwe uitdaging.

Omdat zowel mijn moeder als mijn zus in de zorg werkzaam waren, koos ik voor de verpleging. De opleiding tot A-verpleegkundige werd met veel enthousiasme doorlopen, waarna ik op de somatische afdeling van een verpleeghuis aan de slag ging. Hier heb ik met veel plezier gewerkt. Destijds mijn partner besloot in 1995 een eigen bedrijf voor orthopedische instrumenten te beginnen. Al snel werd duidelijk dat mijn werk, met de onregelmatige werktijden, het huishouden en het samen hebben van twee jonge kinderen, niet meer te combineren viel. Dus ben ik gestopt als verpleegkundige en bij mijn partner in het bedrijf gaan werken.

Al snel begon het bij mij toch weer te kriebelen en heb ik vervolgens de opleiding tot bandagiste en kleine confectie gevolgd en afgerond. Aansluitend heb ik bijna 25 jaar als compressie specialist in het bedrijf van mijn toenmalige partner gewerkt. Daar heb ik mijn kennis en ervaring op het gebied van o.a. de CVI, lymfoedeem, lipoeedeem en hun mengvormen

opgebouwd. Door samenwerking met een oncologisch centrum kwam ik ook in contact met de daar voorkomende, soms complexe, pathologie.

Drie belangrijke gebeurtenissen gaven echter weer een andere richting aan mijn pad.

Allereerst speelde in 2014 de overname van het bedrijf door de firma OIM. De overgang van een klein team naar een grote organisatie, heb ik persoonlijk als indringend ervaren. Het voelde voor mij minder persoonlijk en de contacten werden minder direct. Ook merkte ik dat er voor mij minder mogelijkheden voor eigen initiatief overbleven om bijvoorbeeld "snel te kunnen schakelen" teneinde de best mogelijke zorg te kunnen leveren.

Vervolgens kwam ik onverwachts in de beëindiging van mijn relatie terecht. Op dat moment hadden we inmiddels samen vier kinderen. Om toch brood op de plank te hebben (en te houden), ging ik steeds meer uren werken.

En na verloop van tijd merkte ik dat het telkens aan- en uittrekken van therapeutisch elastische kousen (TEK) bij patiënten mij steeds meer pijn en moeite kostte. Na onderzoek werd helaas artrose van mijn handgewrichten vastgesteld. Tja, de ouderdom komt met gebreken.

Dat bracht een moment van bezinning: hoe nu verder? Ik speelde steeds meer met de gedachte om mijn (praktische) vakkennis van 25 jaar én mijn uitgebreide netwerk in te kunnen zetten in een functie als accountmanager in de buitendienst. En op dat moment kwam ik in gesprek met Liana Krommenhoek, directeur van Ofa Nederland. Ze bleek toevallig op zoek naar



een accountmanager in de buitendienst. En na een wat langer durend gesprek, bleek dat ze op zoek was naar mij!

Zoals eerder vermeld, ben ik sinds 1 april 2020 werkzaam als accountmanager buitendienst bij Ofa Nederland. Ofa Nederland bestaat uit een klein team van hardwerkende en creatieve professionals dat het belang van de klanten altijd centraal stelt. Sinds de oprichting in 1995 werken ze nauw samen met producent Ofa Bamberg. Hoewel Ofa Nederland en Ofa Bamberg zelfstandig van elkaar opereren, zijn zij wel twee handen op één buik. Ons huidige assortiment bestaat uit medische compressiekousen (TEK), steunkousen, bandages en orthesen.

'Hightech ontmoet natuur!'

Sinds de oprichting in 1928 heeft producent Ofa Bamberg duidelijke eisen gesteld aan haar producten: maximaal comfort en een attractief uiterlijk in combinatie met een optimale werkzaamheid. Deze drie pijlers vormen de basis voor onze innovatieve producten en hoogwaardige zorg. De producten van Ofa Bamberg stellen steeds

- **Marian van den Oever**
Ofa Nederland
- **Annette Emmink**
redactie

weer nieuwe standaarden: zeer moderne functionele garens, extra zacht breisel én de toepassing van natuurlijke materialen zoals katoen en Merinowol. Met recht: hightech ontmoet natuur!

Voor Ofa Nederland is het belangrijk dat we aan de behoeften van onze klanten voldoen door geschikte, efficiënte producten en oplossingen aan te bieden. Om deze reden stellen we hoge eisen aan onze producten. We kunnen echter alleen ons kwaliteitsniveau handhaven met behulp van toegewijde en doelgerichte medewerkers.

Dit heeft ons ertoe gebracht om onze medewerkers zoveel mogelijk 'in-company' op te leiden. Ervaring met de in's en out's van medische compressiekousen gaat terug tot 1984. Onze op één na jongste medewerker (want ik ben dus de jongste) is sinds 2003 bij ons werkzaam. Deelname en afronding van de Cursus Consulente Therapeutisch Elastische kousen van de Dutch HealthTec Academy maakt deel uit van onze gedegen opleidingsroute. Op dit moment volg ik, samen met een collega, een intensieve verkooptraining. Aan het up-to-date houden van vak kennis wordt veel waarde gehecht. Soms kunnen de technologische ontwikkelingen binnen het vakgebied snel gaan.

De uitgebreide kennis en competentie van ons team vormen de basis om onze klanten tevreden te stellen en een passend product te leveren. Door jarenlange ervaring gepokt en gemazeld, is het ons mogelijk om samen met onze collega's in Bamberg creatieve oplossingen te vinden die de klachten van patiënten langdurig kunnen verlichten en daardoor hun kwaliteit van leven sterk kunnen verbeteren. Omdat gezondheid belangrijk voor ons is, luidt ons motto dan ook:

'Your care - Our concern!'

Bovendien zijn we trots op het feit dat onze medewerkers al vele jaren bij ons zijn - ze zijn daarom ons belangrijkste kapitaal.

Toen we in november 2019 besloten dat ik per 1 april 2020 (geen grap) als accountmanager buitendienst bij Ofa Nederland zou gaan beginnen, waren we nog onwetend over de Covid-19 pandemie en haar verstrekende gevolgen. Niet echt een ideale tijd om als accountmanager buitendienst te starten, natuurlijk. De uitdaging vormt nu het vermogen om "out of the box"

te kunnen denken. Dus zoeken naar mogelijkheden om toch in contact met de klanten te kunnen blijven. Naast telefonische contacten wordt gebruik gemaakt van videoverbindingen middels o.a. Microsoft Teams, Skype of Apple Facetime. Ook wordt meer intensief aandacht besteed aan de Social Media (FaceBook, Instagram, LinkedIn enz.).

Ik vind het erg prettig om weer deel uit te kunnen maken van een klein en hecht team. Ik krijg veel vrijheid om mijn functie en werkzaamheden zelf vorm te geven. Aan mijn inbreng wordt veel waarde gehecht. Ik breng naast een frisse blik van buiten natuurlijk ook veel praktische kennis en ervaring mee naar Ofa Nederland.

Mijn focus ligt onder andere op het onderhouden van intensieve contacten, zowel met onze klanten als met de fabriek. Daarnaast ben ik laagdrempelig bereikbaar voor het bieden van ondersteuning op het gebied van het delen van onze uitgebreide vak kennis, problem-solving en aftersales.

Ook haal ik veel werkplezier uit de omgang met verschillende disciplines en het oplossen van problemen bij cliënten. Met name om de cliënten met complexe problematiek, waarop anderen al hun tanden stukgebeten hebben, toch een optimale oplossing te kunnen bieden, dus tot het gaatje te gaan, geeft mij steeds een enorme kick! Daar doe ik dit vak voor. Daarnaast vind ik het ook leuk om nieuwe klanten kennis te laten maken met onze kwaliteiten, vooral die waarbij natuurlijke materialen in de TEK verwerkt worden.

Mijn klantenkring bestaat uit oedeemfysiotherapeuten, huidtherapeuten, bandagisten, pedicures en natuurlijk ook orthopedische bedrijven, ziekenhuizen en apotheken. In samenwerking met hen sta ik ze met raad en daad bij, meestal bij de zogenaamde "moeilijke benen of armen". Fysiotherapeuten kan ik daarnaast nog adviseren over het inzetten van bandages en orthesen.

Naast dit alles heb ik natuurlijk nog een sociaal leven. Ik woon sinds kort samen met mijn nieuwe vriend. We zijn nu druk bezig met de verbouwing van ons huis. Met vier kinderen heb je natuurlijk altijd wat om handen. Ik kook graag, en we wandelen veel. Ik zit zelden stil. Maar dat hadden jullie denk ik al begrepen.

● **Congresagenda 2021**

Januari

Nursing pijn congres

Datum: 29 januari 2021

Locatie: Reehorst, Ede

Info: <https://www.nursing.nl>

Februari

Het jaarcongres palliatieve zorg

Datum: 12 februari 2021

Locatie: Beatrix theater, Utrecht

Info: <https://www.nursing.nl>

Maart

European Society of Lymphology (ESL)

Datum: 25-27 Maart 2021

Locatie: Assisi, Italië

Info: <https://www.eurolymphology.org/>

April

NVFL congres

Datum: 10 april 2021

Locatie: Van der Valk Utrecht

Info: <https://www.nvfl.nl>

Mei

International Lymphoedema Framework (ILF)

Datum: 6-8 mei 2021

Locatie: Kopenhagen, Denemarken

Info: <https://www.lympho.org/2020-conference/>

Juni

Oncologie in perspectief (AvL)

Datum: 24 juni 2021

Locatie: Meervaart, Amsterdam

Info: <https://www.oncologieinperspectiefavl.nl/>

medi



Gewoonweg mooi met
mediven® – onderscheidend.
kleurrijk. functioneel.

Ontdek de nieuwe trendkleuren en functionele
extra's voor alle mediven® kwaliteiten.



Compressie zonder compromis

www.medi.nl

medi. I feel better.



People.Health.Care.

Lympha Press® - VENOSAN® Flebovar® - Flebosoft® - Prestige® Rosidal TCS® - ReadyWrap® Actico UlcerSys® - Caresia®

Van IPC compressietherapie pompen,
therapeutische elastische kousen,
klittenbandsystemen en verbandkousen
tot zwachtels.

Compressietherapie wordt meestal
toegepast bij chronische aandoeningen.
Het feit dat er minder zorgpersoneel beschikbaar is
maakt zelfmanagement en goed overleg met de patiënt
steeds belangrijker.

Bij de afstemming van de zorg op de zorgvraag van uw
patiënt bieden de producten van L&R u alle mogelijkheden
en de juiste oplossing.

Compressietherapie
met producten van L&R

