

CMP *NIEUWSFLASH*

P 802044

14^e Jaargang 2021, Nr.1, januari, februari, maart, Driemaandelijks



Hou vol,
**het komt
allemaal weer
goed!**

REDACTIONEEL

VOORWOORD:

Dit is het eerste boekje van het jaar 2021 !

2020 was voor velen een gruwelijk jaar door Covid-19, vol met uitdagingen en de nodige restricties en voor onze vereniging ook een jaar van verdriet en gemis.

Op 3 juli (zie NieuwsFlash nr4) namen we al afscheid van Luc Marivoet en op 22 november overleed Erik Lenders. Erik was mede bestuurslid van CMP. Nog voor 2020 eindigde moesten we ook nog afscheid nemen van Ronan Van Meulebroeck, hij was bestuurslid tot 2017.

Mijn gedachten gaan in de eerste plaats uit naar het heengaan van Erik, onze zo gemiste redacteur, na de overname van Joanna, bezieler en ontwerper van de NieuwsFlash. Erik drukte dit boekje en gaf het de vorm zoals het vandaag belandt in ieders brievenbus en op de website van CMP-Vlaanderen.

Elk kwartaal kwamen we met de redactieraad bijeen, hij was de planner en verantwoordelijke voor de lay-out van de te drukken artikels.

De vergadering van de redactieraad in december 2020, was heel vreemd zonder Erik. Hij laat een grote leegte achter bij de kleine redactieraad, waar hij de verschillende artikels onder een bepaalde rubriek plaatste en het boekje zijn uiteindelijke vorm gaf.

Erik was onze vriend in tijden van corona en we hadden soms meer contact met elkaar, dan met onze eigen familie.

Toen hij die dag terug kwam van de dagkliniek en het slechte nieuws moest verwerken, dat er geen behandeling meer mogelijk was en zijn dagen of maanden geteld waren, wilde hij blijven vechten om zijn laatste opdracht en droom uit te voeren.

Toen Erik nog actief was, en als de stress van de drukkerij te groot werd, vertrok hij naar Nieuwpoort naar zijn boot, waar hij genoot van de rust en het water.

Eerst zou hij zijn boot naar een jachthaven dichtbij de kinderen brengen, zijn droom om ooit op zee te varen is werkelijkheid geworden.

Hij droomde er ook van CMP een nieuwe élan te geven, hij zou zich inzetten om CMP, samen met ons allen in vriendschap, klaar te maken voor de actuele uitdagingen. Hij heeft het helaas niet kunnen afmaken, maar we zullen samen zijn taak afwerken om zijn nagedachtenis te eren, zodat hij van waar hij nu rust, vrij van alle pijn, met een voldane glimlach kan toezien op het resultaat.

Erik, lieve vriend en lotgenoot, je blijft in onze gedachten.

Jeannot
Redactieraad

INHOUDTABEL:

REDACTIONEEL	3
Voorwoord	3
Inhoudstabel	4
Gezocht: medewerkers	5
ACTIVITEITEN KALENDER	
Door de corona maatregelen zijn er momenteel geen bijeenkomsten gepland. CMP zal in het voorjaar een digitale webinar organiseren – Meer informatie zal volgen via mail en onze website.	
AFSCHIED	6
Droevig afscheid van Erik Lenders en Ronan Van Meulebroeck	6
SAMEN TEGEN CORONA	10
Welke mondmaskers beschermen het best?	10
3-Redenen om je zeker te laten vaccineren	11
Covid-19 – België en zijn “instellingen”	12
Wit, zwart of toch grijs ?	14
De Spiegel	16
PATIENT EMPOWERMENT	18
Patient Empowerment als grondslag voor gelijkwaardigheid	18
Blog van Ellen Pipers “Zorgen met hart en ziel (of niet)”	22
VOOR U GELEZEN	25
Waardevolle immunoglobulines	25
Nieuwe VUB-leerstoel voor re-integratie kankerpatiënt op de arbeidsmarkt	28
LEESTIP	29
Leestip van een lotgenote	29
Alleen betrouwbare informatie leidt tot authentieke autonomie	29
VOOR U GELUISTERD	32
Symposium Car-t Cell therapie voor MM – 2e. en laatste deel	32
VRAAG EN ANTWOORD	35
Onder partners van lotgenoten – vraag en antwoord	35
WALDO & KALO	37
GEZONDHEID	38
Gezond leven is goed voor de geest	38
Super Food	38
ONS KOOKHOEKJE	40
Haverpannenkoekjes met banaan	40



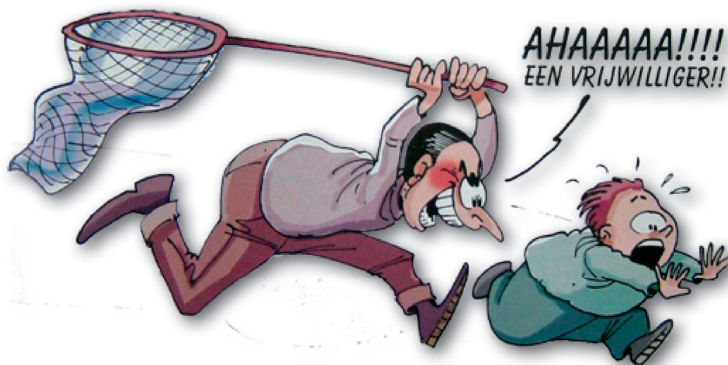
GEZOCHT: MEDEWERKERS

U kent ze allemaal, de vrijwilligers van CMP-Vlaanderen. Wim, Chris, Jeannot, Raoul, Etienne, Nicky, Mia, Sonja, Roger, Jan, Marijke, Anne en Willy. Hun contactgegevens staan achteraan in elke Nieuwsflash.

Op een paar uitzonderingen na zijn al deze vrijwilligers lotgenoten zoals u. Patiënten met goede en slechte dagen, behandelingen in het verschiet, of aan de gang of net voorbij. En een tijdelijke onderbreking van hun activiteiten is dan ook niet onbestaanbaar. **Om de continuïteit van onze bloeiende patiëntenvereniging in stand te houden doen wij graag maar met aandrang beroep op uw medewerking.**

Neem contact met één van de bestuursleden (zie achteraan in de Nieuwsflash) of via info@cmp.vlaanderen.be.

Samen kunnen we dan overleggen welke taak u kunt opnemen. Enkele uren per week vrijmaken volstaat om CMP daadwerkelijk te steunen. Alvast heel veel dank voor uw positieve reactie.



Wij informeren graag belangstellenden, sympathisanten, vrienden, over onze activiteiten. Geef uw adres op per mail, per telefoon, per post aan Wim Koolen. U krijgt ons kwartaalschrift CMPNieuwsflash en alle uitnodigingen gratis toegestuurd.

AFSCHEID

ENKELE TEKSTEN NAAR AANLEIDING VAN HET OVERLIJDEN VAN:

Erik Lenders op 22 november 2020 – ons geliefd bestuurslid en vriend:



Allerbeste Erik

Wat zullen wij je missen!
Na jaren van een aangename samenwerking
CMP, uw inzet, wind in de zeilen
Uw boot, uw hobby, stuurboordbakboord
En dan toch overstag moeten gaan
Wij zullen je nooit vergeten!!
Wim en Ria Koolen

Ieder afscheid leert ons iets over sterven
Ervaring in rouwen kan je niet werven
Ieder mens is immers zo uniek
En toch een deeltje statistiek
Bevrijd nu van angst en pijn
Het einde van Erik's tijdslijn
De dood, hij eist ons respect
We weten nooit wanneer hij voorbijtrekt

Erik valt nu terug als zaad in de aarde
Hij was voor CMP van grote waarde.

Het heengaan van Erik is een groot verlies voor CMP.
Met een stevige handdruk aan iedereen en in het bijzonder aan de familie van Erik en de mensen van CMP die het dichtst bij Erik stonden.

Willy Schepers

Lieve vriend Erik

Wanneer ik je de eerste keer zag op een lotgenotencontact in Leuven weet ik niet. Maar ik herinner me levendig dat je op 20 mei 2014 na een lotgenotencontact naar mij toekwam en me liet weten dat je graag wilde meewerken in CMP.

Vanaf toen was je er telkens bij als we iets gingen organiseren voor onze leden, zowel op regionaal vlak als voor de organisatie van een symposium voor gans Vlaanderen.

Al vlug nam je de taak op jou de uitnodigingen te maken en ze te drukken in jouw drukkerij en daarna te versturen. Ook andere drukwerken zoals ons tijdschrift de nieuwsflash, de syllabi voor de symposia... nam je voor jouw rekening.

Voor elk contact zagen we je sleuren met heel wat brochures en andere drukwerken. Gelukkig had je hiervoor het nodige materiaal zodat je je rug zo minimaal als mogelijk zou belasten. Maar toch was het telkens een zware klus niettegenstaande de vele pijn die je steeds had.

Ik heb je steeds bewonderd dat je zoveel werk verzette alhoewel we allemaal wisten dat je voortdurend afzag en dat de zware pijnstillers soms nog amper hielpen. Klagen stond echter niet in jouw woordenboek. Je bleef optimistisch tot bijna het einde toe.

Ik belde regelmatig eens met jou en we hadden steeds een vriendschappelijk gesprek.

Je had steeds het beste voor met onze lotgenotenvereniging. Je inzet ervoor bepaalde voor een groot deel je leven. Heel veel dank daarvoor!

Ik zal je blijven herinneren als een goede man die nooit opgaf.

Spijtig genoeg draait het soms anders uit dan we zelf verlangen. Een tijdje geleden kreeg je het nieuws dat er geen remedie meer bestond om jouw ziekte tegen te gaan. En toch bleef je verder gaan met CMP. Je leidde nog tot het einde bestuursvergaderingen.

Maar het mocht niet zijn. Enkele dagen na je verhuis naar de palliatieve afdeling in Pelt moesten wij je afgeven. Ik mis je Erik, maar zal me optrekken aan de goede herinneringen aan jou.

Hopelijk ben je nu verlost van je pijn en vind je rust en vrede.

Mia Villé

Dit nieuws raakt me weerom droef, ik heb het geluk gehad meerdere malen met Erik erop uit te trekken.

Eén van de momenten dat ik hem best persoonlijk heb leren kennen was met

onze daguitstap naar Breda voor Amgen.
We voelden ons gelijkgestemde zielen.
Het doet ons stilstaan bij de essentie van het leven ...
Het is een dualiteit van kracht en fragiliteit.
Het was een klein man van gestalte, maar een groot man in zijn!
Jan W.

RONAN VAN MEULEBROECK op 8 december 2020



Beste Ronan,

Zachte stem, steeds rustig, steeds ernstig, dit alles stilte-kes voorbij.

In het bestuur had je beleid en visie: – Geen hoogvliegers en titels in een bestuur, geen piramide structuren.

Ja een atypische VZW toegelicht met power point, we spreken over juli 2015.

“Een bestuur krijgt automatisch waardering bij een eenvoudige en gerichte aanpak in de lotgenotenvereniging CMP”
De evidentie zelve, de nagel op de kop.

Ronan was allround en betrokken in alles en nog wat, een greepje hieruit :

- Symposia organiseren – detail: de time tabel een uitvinding van Ronan
Elke spreker kreeg zijn tijd, maar werd geappelleerd als hij nog “maar 5 minuten” had.
- Lokale bijeenkomsten organiseren in Oost-Vlaanderen
- De verschillende bestuursvergaderingen organiseren
- Sensibiliseren van de lotgenoten
- De website in elkaar steken
- Samenwerking met de BHS (de Belgische Hematologenvereniging) en andere hematologische lotgenotenverenigingen (2015)
- Je kreeg de “Gouden Krab” als verdienste voor jaren vrijwilligerswerk met lotgenoten.

Ronan één ding staat vast : onze CMP is steeds gegroeid!

Het lijkt nog maar pas geleden toen je een punt moest zetten achter CMP samen met Joanna (zie Flash nr2 en Flash nr.4 van 2017) – Ja want je ziekte maakte het moeilijk om verder te doen.

Joanna (Madame Flash – ons boekske) schreef naar aanleiding van het overlijden van Ronan “We moesten CMP verlaten...ik (Joanna) te oud en Ronan was op” – Kort en simpel.

Ronan we zijn je nooit uit het oog verloren, waarden je werk en zullen je blijven gedenken

Wim

Alle leden van CMP-Vlaanderen

The Amgen logo consists of the word "AMGEN" in a bold, blue, sans-serif font.The Takeda logo features the word "Takeda" in a red, italicized, serif font, enclosed within a red, stylized, curved shape that resembles a bridge or a protective shield.The Celgene logo features a stylized blue and white circular emblem to the left of the word "Celgene" in a blue, sans-serif font.The Roche logo consists of the word "Roche" in a blue, sans-serif font, enclosed within a blue hexagonal border.The Janssen logo features the word "Janssen" in a blue, sans-serif font, followed by a stylized blue graphic element that resembles a curved arrow or a stylized letter "J".The Novartis logo features a stylized orange and blue graphic element to the left of the word "NOVARTIS" in a blue, sans-serif font.The Bristol-Myers Squibb logo features a stylized blue geometric emblem above the words "Bristol-Myers Squibb" in a blue, sans-serif font.

SAMEN TEGEN CORONA

Welke mondmaskers beschermen het best?

Je ziet zoveel verschillende soorten mondmaskers. De ene beschermt beter dan de andere.

Welke kies ik?

.....
Eerst dit: mondmaskers beschermen vooral de anderen tegen een eventuele besmetting door jou, door de minuscule druppeltjes die je uitademt tegen te houden.

De meest gebruikte mondmaskers zijn de rechthoekige wegwerpmondmaskers met vouwen die je in de apotheek of supermarkt vindt. Ze moeten voldoen aan normen voor ze verkocht mogen worden. Ook stoffen mondmaskers zie je regelmatig, vaak met leuke motiefjes erop. Je koopt ze via een vereniging, een winkelketen, of je kunt ze zelf maken. Ze zijn veilig als ze ontworpen zijn volgens de aanbevelingen van de FOD Volksgezondheid. Voor extra bescherming kun je een filter integreren, best een van het merk Deltrain of Sioen. Op de website van de FOD vind je een handleiding.

Het zorgpersoneel gebruikt chirurgische maskers om de patiënt, maar ook zichzelf te beschermen tegen eventuele besmettingen. Dan heb je nog de FFP-maskers die in de medische sector opgezet worden. FFP staat voor filtering Facepiece Particals en wordt gevolgd door een cijfer: 1, 2 en 3. Hoe hoger het cijfer, hoe beter het de lucht filtert. Deze maskers beschermen zo deze persoon die het masker draagt.

Sommige maskers bieden onvoldoende bescherming. Exemplaren met een of twee ventielen op de zijkant beschermen enkel de drager en laten de uitgeademde lucht en eventuele virusdeeltjes door. Anderen zijn dan niet beschermd. Ook plastieken mondschermen en – maskers bieden onvoldoende bescherming want ze zijn langs alle kanten open. Een mondmasker met alleen een plastic deel voor de mond omringd door stof die de mond en neus goed bedenkt, is wel geschikt.

Bron: de Bond 12/2020

Meer info: www.maakjemondmasker.be

<https://economie.fgov.be/nl/themas/ondernemingen/coronavirus/mondmaskers-en-filters>

3 redenen om je zeker te laten vaccineren

1. Vaccinatie houdt je gezond

Vaccinatie is net zo **belangrijk voor jouw gezondheid** als gezonde voeding, drinkbaar water, voldoende beweging en kankerscreening.

Het is een van de eenvoudigste, snelste en veiligste voorzorgsmaatregelen die je gezondheid beschermen.

Waarom ziek zijn of zelfs levenslang de gevolgen dragen als je het kan voorkomen?

Er zijn meer dan 12 infectieziekten waartegen je je kan beschermen met een prikje.

2. Vaccinatie beschermt je geliefden

Door je te laten vaccineren zorg jij ervoor dat jij bepaalde besmettelijke ziekten niet gaat verspreiden in je onmiddellijke omgeving.

Want wanneer je ziek wordt, kan je ook je **kinderen, kleinkinderen, (groot) ouders of vrienden** besmetten.

Een besmettelijke ziekte die voor jou misschien beperkte gevolgen heeft, kan levensbedreigend zijn voor personen die wegens leeftijd of gezondheidsredenen niet gevaccineerd mogen of kunnen worden, ook al zijn ze net extra kwetsbaar. Denk bijvoorbeeld aan mensen met bepaalde allergieën of met een verzwakt immuunsysteem, zoals leukemiepatiënten of mensen die een transplantatie gehad hebben. Voor hen is het zeer belangrijk dat hun omgeving zo weinig mogelijk ziektes verspreidt en dus ook dat jij goed gevaccineerd bent.

3. Vaccinatie redt levens

Vaccinatie kan het **verschil betekenen tussen leven en dood**. In Vlaanderen sterven jaarlijks nog heel veel mensen aan de gevolgen van griep.

Wist je dat 1 op de 1000 mensen die mazelen doormaken eraan sterft en dat er evenveel zijn die blijvende letsels hebben door hersenvliesontsteking?

Door je goed te laten vaccineren kun je heel wat leed vermijden.

Bron: brochure www.LM.be / november – december 2020

Meer info: www.laatjevaccineren.be

Als aanvulling op dit artikel laten we hierna Prof. dr. Rik Schots aan het woord

Myeloompatiënten behoren tot een risicogroep met betrekking tot de covid-19 epidemie. Door myeloom zelf en de behandeling ervan is het immuunsysteem verzwakt waardoor het risico groter is om 1) infectie met het coronavirus op te lopen en 2) een ernstige vorm van de ziekte te ontwik-

kelen. De grootste risico's zijn voor myeloompatiënten die actieve ziekte hebben en behandeld worden. Myeloompatiënten moeten zich dus strikt aan de gekende voorzorgsmaatregelen houden en hun sociale contacten zoveel mogelijk beperken. Er zijn richtlijnen om de behandelingen van myeloompatiënten indien mogelijk aan te passen en zo de risico's enigszins te beperken.

Binnenkort zal vaccinatie tegen covid-19 mogelijk zijn. Er werden verschillende vaccins ontwikkeld en een aantal werden goedgekeurd door de Europese en Belgische autoriteiten. De ontwikkeling van deze vaccins in de gekende klinische studiefasen is versneld gebeurd omwille van de hoge medische en maatschappelijke nood. Daardoor heeft deze ontwikkeling absolute prioriteit gekregen zonder evenwel de essentiële stappen inzake werkzaamheid en veiligheid over te slaan. Men weet nu dat deze vaccins bij de overgrote meerderheid van de geteste personen een bescherming bieden. Men weet ook dat de nevenwerkingen beperkt zijn (ongeveer dezelfde als na een griepvaccin).

Wat men echter nog niet helemaal weet is 1) hoelang de bescherming blijft duren 2) of de bescherming even groot zal zijn bij -vaak oudere- kankerpatiënten. Deze vragen gelden trouwens ook voor de meeste andere vaccinaties die standaard worden aangeraden bij kankerpatiënten en na bvb stamceltransplantatie.

Op basis van de huidige gegevens is **een covidvaccinatie absoluut prioritair aan te raden bij de gekende risicogroepen waartoe ook de myeloompatiënten behoren**. Men kan aannemen dat er bij de meesten toch een zekere bescherming zal optreden wat een ernstige en levensbedreigende infectie kan voorkomen. Bovendien zal het vaccin voor velen een eerste stap betekenen in de richting van een normaal sociaal leven met familie en vrienden.

Wij vonden ook volgend artikel op de website van KOMOP TEGEN KANKER



Elke Belg in 2021 het coronavaccin aanbieden. Dat is de ambitie. Maar niet iedereen kan tegelijkertijd gevaccineerd worden. En dus moet er een prioriteitenlijst opgesteld worden. Hoe die er precies zal uitzien, daarover hakken de bevoegde instanties de komende dagen knopen door. De Hoge Gezondheidsraad adviseert om eerst de zorgverleners, de 65-plussers en 45 tot 64-jarigen

met een onderliggende aandoening te vaccineren. Kom op tegen Kanker pleitte er bij de kabinetten van Frank Vandenbroucke (sp.a) en Wouter Beke (CD&V) voor om zeker ook kankerpatiënten tot die prioritaire groep te rekenen.

Nochtans, vandaag lezen we in De Standaard dat wie een kankerbehandeling ondergaat niet gevaccineerd mag worden omdat bij een kankerbehandeling het immuunsysteem wordt onderdrukt waardoor de patiënt minder goed op de vaccinatie zou reageren. Die stelling is wat uit de context gehaald en moet zeker genuanceerd worden, beklemtoont de geciteerde arts wanneer we hem ernaar vragen. Gelukkig maar, want wij stelden ons meteen vragen. Is dat wel zo? Betekent dat voor alle kankerpatiënten dat ze niet in aanmerking komen voor vaccinatie? En hoe kan hun afweer tegen het coronavirus dan wel opgebouwd worden?

De ene kanker is de andere niet

Kanker is een verzamelnaam voor meer dan 100 verschillende ziekten die één gemeenschappelijk kenmerk hebben: een ongecontroleerde celdeling. Maar elk soort kanker is een andere ziekte en vraagt dan ook om een andere behandeling. Sommige behandelingen, zoals een operatie of hormonale therapie, hebben geen invloed op het immuunsysteem. Andere behandelingen, zoals chemotherapie, onderdrukken wel het immuunsysteem en nog andere behandelingen, zoals immunotherapie, maken net gebruik van het eigen afweersysteem van de patiënt om de kankercellen te doden. Niet alle kankerpatiënten zullen dus even goed of even slecht op een vaccinatie reageren en vaccinatie dient uiteraard altijd te gebeuren in overleg met de behandelende arts. Maar dat hoeft toch geen reden te zijn om alle kankerpatiënten bij voorbaat uit te sluiten?

Niet alle kankerpatiënten zullen even slecht op een vaccinatie reageren. Dat kan dus geen reden zijn om alle kankerpatiënten bij voorbaat uit te sluiten.

Ann Gils

Diensthooft Preventie en Vroegopsporing

Trouwens, kankerpatiënten zijn niet de enigen van wie sommigen een verzwakt immuunsysteem hebben. Ook bij veel oudere mensen vermindert de werking van de afweer. Dat fenomeen heet immunosenescentie. Hoewel 65-plussers tot de prioritaire groep behoren, kunnen we dus ook bij een deel van hen een niet-optimale respons verwachten. Er zijn wel manieren om dat te verhelpen. Zo kunnen er bijvoorbeeld alternatieve vaccins ontwikkeld worden die bepaalde hulpstoffen bevatten om het immuunsysteem te stimuleren, maar dergelijke vaccins zullen niet onmiddellijk beschikbaar zijn.

Hoop voor de toekomst

Een andere hoek waaruit we hulp kunnen verwachten, is die van passieve immunisatie. Daarbij krijgt de persoon antistoffen toegediend die door een andere persoon – iemand met een normaal werkend immuunsysteem – na infectie zijn aangemaakt. Het Rode Kruis heeft momenteel klinische studies lopen naar de mogelijkheden van passieve immunisatie in de strijd tegen COVID-19. Er wordt reikhalzend uitgekeken naar de resultaten van de DAWN-Plasma-studie. Als die positief blijken, kan passieve immunisatie wellicht een manier zijn om mensen met een verminderd immuunsysteem toch de nodige afweer aan te bieden.

Thema's: Behandeling coronavirus Zorg

Wit, zwart of toch grijs?

door Ilke Montag, okt 29 2020



Ilke Montag is medisch directeur van het Jan Ypermanziekenhuis in Ieper. Ze heeft een master in het management en het beleid van de gezondheidszorg en volgde een postgraduaat gezondheidsrecht en gezondheidsethiek. Onlangs publiceerde ze het boek 'Heiligen en hooligans' dat een unieke inkijk biedt in de levensbelangrijke wereld van de zorg, maar ook in het hoofd van twee patiënten, die elk op hun manier worstelen met het leven. Ilke is ook bestuurslid van de vzw Patient Empowerment.

De coronacrisis leert ons veel en ook niet. Wat in elk geval duidelijk naar voor komt, is dat infectiologie en bij uitbreiding geneeskunde geen exacte wetenschappen zijn. Er bestaat helaas niet hét antwoord op dé vraag.

Toch zouden we met z'n allen willen weten wanneer we weer terug normaal kunnen gaan leven? Hoeveel vaccinatieprikken er nodig zullen zijn om volledig beschermd te zijn tegen dit virus? Hoelang gaat dit virus nog naweeën geven? Ik vroeg me recent nog af welke chronische klachten binnen dit en een paar jaar aan COVID-19 gaan toegeschreven worden? Het kan een handige zondebok worden voor vele acute en chronische kwaaltjes.

Binnen de geneeskunde zijn we wel gewoon om met een bepaalde hoeveelheid van tinten van grijs te kunnen omgaan, maar uiteraard niet op zo'n grote schaal. Bijna voor elke aandoening bestaan er wel meerdere therapeutische scholen. Zouden we durven stellen dat hoe meer scholen, hoe minder zeker één bepaalde therapie werkt? Dit is waarschijnlijk wel net iets te kort door de bocht.

Zorg op maat van de patiënt

We begeven ons net meer richting gepersonaliseerde zorg. Zorg op maat van de patiënt. Dit kan zijn op het niveau van medicatie, op het niveau van de te plaatsen knieprothese, maar ook op het niveau van welke zorg de patiënt net wel of net niet meer wil en waar de patiënt dan deze zorg wil ontvangen: thuis, in het woonzorgcentrum of in het ziekenhuis.

Door het feit dat er steeds meer therapie (o.a. chemotherapie, negatieve druktherapie, intraveneuze antibioticatherapie, thuisdialyse) in ambulante setting kan gegeven worden, wordt het samenspel tussen patiënt, mantelzorger, huisarts en specialist des te belangrijker. We kunnen de patiënt met alle mogelijke devices, die hem monitoren, naar huis sturen, maar de praktijk leert ons ook dat niet elke patiënt hiermee vlot over weg kan en zich zelfs minder op zijn gemak voelt mét al die toeters en bellen dan zonder.

Soms zal het lukken, soms ook niet.

Maar we moeten het ook een maximale kans op slagen geven: soms gaat het met die extra schouderklop voor de patiënt wel haalbaar zijn om zijn therapie thuis te krijgen, soms gaat het ook mislukken. Maar van deze tegenslagen moeten we leren: als patiënt, als zorgverlener en als industriële partner. Hebben we al vanaf de uitwerking van het prototype rekening gehouden met de potentiële patiënt of kwam hij misschien net iets te laat in beeld? Hoe kan ik als zorgverlener de acceptatie en het gebruik van een medical device in mijn dagelijkse praktijk verhogen? En als patiënt hoe pas ik het gebruik en het omgaan met een medical device in mijn gewone leven in. En durf ik ook aan mijn zorgverlener zeggen dat ik het ergens beangstigend vind dat ik continu opgevolgd word?

Misschien moet de patiënt ook kunnen beslissen wanneer hij zijn device even uit zet, net zoals we dat ook met onze smartphone kunnen doen: heel even alléén op de wereld! Een zelfgekozen quarantaine.

De spiegel

Bijna opnieuw een jaar geschoven, dag na dag, elke dag iets anders. Wellicht voelen we dit jaar als alleen maar het Covid jaar terwijl ook dit jaar elke dag weer anders was.

Elke dag zal ons andere ervaringen gebracht hebben, pas de alleroudsten hebben nog herinneringen aan een epidemie zoals de Spaanse griep. Misschien was je ook nieuwsgierig om het boek over een andere pandemie De pest van Camu te herlezen, een onverwachte bestseller begin 2020.

Maar samen met deze pandemie hebben we ook ons leven verder geleefd op onze manier. We zijn wie we zijn met al onze ervaringen en herinneringen maar vooral ook onze plannen en onze dromen.

Door gebeurtenissen worden soms zaken uit het verleden terug tevoorschijn gehaald. Ik verwonder mij steeds hoe geniaal wij in mekaar zitten. Onze cellen slaan alles op en bewaren ze, en plots om een of andere gebeurtenis toont het verleden zich opnieuw.

In deze dagen komen dikwijls herinneringen naar boven over de gezelligheid van vroeger. Omdat het traditionele kerstdiner ten huize van niet kan doorgaan sta ik toch in de keuken gerechten te bereiden die we dan zullen bezorgen bij de kinderen om dan samen een -virtueel- diner te hebben. Ondanks dat we niet samen waren voor het diner kwam tijdens het koken toch de leuke herinnering aan 'vroeger' naar boven.

Het gevoel van een gezellige drukte een paar dagen voor kerstmis met het bespreken en plannen van de menu tot de afspraken om de boodschappen te doen. Het was altijd leuk en spannend omdat je in die periode vooral speciale en meer luxe producten mocht kopen om het diner zo lekker en bijzonder mogelijk te maken. Ik voelde zo de gezellige spanning van de drukte in en rond de keuken om met alles zo lekker mogelijk klaar te maken, wat mij inspireerde en blij maakte. Het was altijd een beetje experimenteren omdat je dit meestal maar een keer per jaar klaarmaakte. Een ander luik was het dekken van de feesttafel, een moment van grote creativiteit om in sfeer het mooiste servies en de mooiste couvert gepast te schikken voor het gezin. Ik herinner mij de gezelligheid door met velen van het gezin in de – opeens te kleine - keuken bezig te zijn, waar er als vanzelf op de juiste manier werd samengewerkt om op tijd klaar te zijn.. Als klap op de vuurpijl was natuurlijk het aanschuiven aan de feesttafel en genieten van alles samen, de gerechten, de sfeer. Die sfeer bleef dan toch hangen voor de komende week tot de dag na nieuwjaar om dan opnieuw te verdwijnen tot het volgend jaar.

Die aangename herinneringen zorgen mee ervoor dat je ook in de huidige omstandigheden diezelfde sfeer en gezelligheid wil bewaren en ons toch kunnen koesteren in de warmte van de winterse feestdagen.

Herinneringen brengen gevoelens en emoties terug, en na vele jaren zie je plots de gebeurtenissen van vandaag in een vernieuwd daglicht. Zo krijg je een 'staalkaart' van je leven. Interessant en mooi toch?

Soms doen zich vandaag zaken voor waarvan je een bepaalde herkenning hebt. Soortgelijke feiten roepen dan reacties of emoties op van weleer. Gelukkig hoeven we daar niet op dezelfde manier mee om te gaan.. Indien we deze ervaringen met een beetje afstand en neutraliteit kunnen bekijken en de situatie eerder als een leermoment beschouwen, kunnen we deze gebruiken of terug loslaten zoals we willen. Indien we hiernaar kijken onze levenservaring en wijsheid van vandaag, kan dit veel vreugde en rust brengen. Zo creëren we nieuwe herinneringen waarmee we positief aan de slag gaan en ons versterkt voor de toekomst.

Het is bijzonder hoe we onze persoonlijke staalkaart als spiegel kunnen gebruiken op ons dagelijks pad. Het laat ons toe om bewuster te leven en te herkennen wat er gebeurt. Het laat ons toe om onze eigen keuzes te maken, ons niet te laten leven of te laten meesleuren, en vooral te kiezen met welke intentie we onze alledaagse contacten hebben en met intentie we ons dagelijks inzetten. Zo kunnen we onze herinneringen omzetten in ons dagelijks leven en worden ze ook onze wegwijzer naar de toekomst.

Ik wens jullie in het bijzonder in deze periode veel genieten en een mooi pad naar volgend jaar.

Anne-Mie Foucart – Gezondheidscoach



*Schrijf/mail ons !
Uw reactie op deze artikels zijn welkom,
adressen zie achteraan.*

PATIENT EMPOWERMENT

Patient empowerment **als grondslag voor gelijkwaardigheid**

Bijna 10 jaar heb ik aan mijn doctoraat gewerkt en al die tijd hield ik mijn moeder in gedachten. Terwijl ik aan de Communicatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel wetenschappelijk de machtsdynamiek onderzocht in de relatie patiënt-(huis)arts, werd ik geconfronteerd met de groeiende machteloosheid van mijn eigen moeder die aan Alzheimer leed. Van een zelfstandig denkende, geëmancipeerde vrouw verwerd ze, in een decennium, tot een breekbaar en extreem afhankelijk wezen. Het is daarom wellicht niet verbazend dat afhankelijkheid een essentieel element werd in mijn inzichten.

In mijn boek 'Balanceren tussen macht en onmacht: *Patient empowerment* als grondslag voor gelijkwaardigheid in de relatie patiënt-arts' dat verscheen bij uitgever Politeia, kom ik geregeld terug op de ervaring met mijn moeder, maar natuurlijk ook op die van talrijke andere patiënten die ik bevroeg. Ik las ook honderduit wat al over macht in de patiënt-zorgverlener is geschreven. Het concept 'macht' roept doorgaans negatieve gevoelens op omdat we het overwegend associëren met machtsmisbruik. Iemand domineert iemand anders, oefent er dwang over uit, verplicht iemand om iets te doen dat die helemaal niet wil. Via mijn lectuur detecteerde ik echter een ander soort macht die mij veel toepasbaarder leek op de gemiddelde relatie patiënt-zorgverlener. Ik noemde het *afhankelijkheidsmacht*.

Afhankelijkheidsmacht

Want wat verandert er als iemand ernstig ziek wordt? Je kan afhankelijk worden van de ziekte zelf en verliest dan een stuk controle over je eigen leven. De ziekte zorgt ervoor dat je moeilijk kan bewegen of doorlopend vermoeid bent of pijn hebt. Soms kan je bijvoorbeeld niet meer autorijden. Daardoor word je ook weer afhankelijk van anderen. Maar om te genezen of om passende zorg te krijgen, word je ook afhankelijk van de arts. Niet van de persoon zelf, maar van een aantal zaken die hij of zij bezit en die voor een patiënt belangrijk zijn. Ik heb die *resources* genoemd. Dit komt voort uit een theorie die de *Resource Dependency Theory* wordt genoemd (Emerson, 1962). 'Kenniss' is een goed voorbeeld van zo'n *resource*; de kennis over ziektes en hoe ze te behandelen. En hoe zeldzamer die kennis, hoe afhankelijker een patiënt is. 'Informatie' is er ook een en dat is iets anders dan kennis. 'Kenniss' krijg je door de informatie te interpreteren, door verschillende informaties te combineren of naast elkaar af

te zetten, door er ervaring en eerder opgedane kennis aan toe te voegen. Een arts bezit ook een aantal 'vaardigheden' en die vormen ook een *resource*; de technische vaardigheden om een lichamelijk onderzoek uit te voeren bijvoorbeeld, een chirurgische ingreep te doen of een correcte diagnose te stellen. Een afhankelijkheidsresource van de arts die elke patiënt goed voelt, is zijn of haar 'wettelijke macht'. Een arts is immers de enige die formeel en wettelijk kan zeggen welke ziekte iemand heeft en die een geneesmiddel of ziekteverlof kan voorschrijven. Je kan dus niet zonder hem of haar. Je kan van arts veranderen, zoals de wet op de patiëntenrechten van 2002 dat voorziet, maar je kan als patiënt nooit om het medisch beroep heen en je bent en blijft er dus afhankelijk van. Ik beperkt mij nu tot enkele voorbeelden van *resources*, maar er zijn er nog.

De arts heeft het machtsverwicht

Het besef dat die afhankelijkheidsmacht bestaat, is belangrijk omdat de meeste mensen afhankelijk worden niet aangenaam vinden. We doen immers graag ons goesting en gaan en staan liever waar we willen. En ineens kan dat niet meer of wordt het moeilijker. Sommige patiënten voelen zich daardoor nog slechter. Of ze bieden weerstand aan die afhankelijkheid door zich agressief te gedragen. Of ook: ze zeggen niet tegen een arts wat ze echt denken. Onzekerheid en angst kunnen het gevoel van afhankelijkheid nog vergroten.

Natuurlijk is het de eerste opdracht van een arts om een zieke mens te genezen en/of de best mogelijke zorg te verstrekken. Maar een belangrijke conclusie van mijn onderzoek luidt dat een zorgverlener ook moet trachten zoveel als mogelijk een patiënt zijn gevoel van autonomie en controle terug te geven. Neurochirurg prof. dr. Maarten Moens van het UZ Brussel geldt als goed voorbeeld. Samen met doctoraatsonderzoekster Lisa Goudman onderzoekt hij hoe chronische pijnpatiënten voorafgaand aan ruggemergstimulatie meer betrokken kunnen worden bij hun eigen behandelingstraject. Ze willen meer vertrekken van de behandelingsdoelstellingen van de patiënt in plaats van enkel medische (cijfermatige) parameters. Hun onderzoek toonde bijvoorbeeld aan dat niet louter pijnbestrijding, maar het herwinnen van een sociaal leven het hoogste doel is van vele van zijn patiënten om zich te laten behandelen.

Let wel: een arts is ook afhankelijk van zijn patiënten én patiënten ondergaan hun afhankelijk niet altijd zomaar. Zeker chronische patiënten lijken weerbaarder te zijn. Daarin kunnen lotgenotengroepen, zoals CMP Vlaanderen, een heel positieve rol vervullen. Op basis van een gedetailleerde analyse van de wederzijdse afhankelijkheden tussen patiënt en arts besluit ik dat ook vandaag, het internet als bron van gezondheidsinformatie ten spijt, de patiënt meer van de arts afhankelijk is dan omgekeerd. De arts heeft – nog steeds – het machtsverwicht.

De autonomie van een patiënt herstellen

De autonomie van een patiënt herstellen heet *patient empowerment*. Ik

detecteerde drie niveaus (zie ook de grafiek hieronder). Het eerste niveau is dat een patiënt goed geïnformeerd moet zijn over alle aspecten van zijn ziekte en behandeling. Een geïnformeerde patiënt staat niet gelijk aan *patient empowerment* maar is er wel een essentiële conditie voor. Belangrijk is dat de patiënt ook de arts informeert over wat hij of zij wil en bereid is te doen. Op het tweede niveau moeten arts en patiënt argumenten voor en tegen een behandeling uitwisselen waarmee ze elkaar beïnvloeden. Daarmee wordt de basis gelegd van de *intrinsieke motivatie* van de patiënt om de behandeling te volgen, de motivatie die uit hemzelf voortkomt. In de derde plaats moet de beslissing om voor een bepaalde behandeling te gaan zowel door de arts als de patiënt worden genomen. De patiënt zou even overtuigd moeten zijn van de juistheid ervan als de arts. Samen beslissen klinkt misschien evident, maar de realiteit toont aan dat artsen dat nog te vaak doen in de plaats van de patiënt. Aan dat samen beslissen, is nog een element gekoppeld: de patiënt moet ook overtuigd zijn dat hij in staat is om de therapie toe te passen. Zijn zogenoemde *self-efficacy* of zelfwerkzaamheid moet worden versterkt. Dat is geen detail. Als een patiënt de consultatieruimte buiten stapt in de wetenschap dat hij of zij weet wat hij moet doen, maar tegelijk om allerlei redenen denkt niet in staat te zijn om de therapie concreet uit te voeren, is de kans groot dat hij de therapie niet volgt of niet volhoudt.



Wederzijds respect

Enkel als de drie niveaus worden gecombineerd, kan *patient empowerment*

gerealiseerd worden. Ik schrijf bewust 'kan'. De arts moet, als degene met het machtsoverwicht, dat empowerment stimuleren en bereid zijn de controle te delen met zijn patiënt. De patiënt moet de controle of een deel van de controle willen hebben en daartoe de vaardigheden bezitten. Bieden moeten communicatie en niet machtsuitoefening vooropstellen. Een arrogante arts of een eisende patiënt zitten een vertrouwensrelatie in de weg. *Patient empowerment* vraagt dus om een andere attitude van zowel de patiënt als de arts. Die laatste moet de paternalistische houding achter zich laten en een gelijkwaardige aannemen. De patiënt van zijn kant moet mee verantwoordelijkheid nemen, ook voor zijn gezondheid in het algemeen. Eigenlijk moet de relatie gekenmerkt worden door wederzijds respect. Respect voor elkaars inzichten standpunten, perspectieven, ervaring en kennis.

Om die inzichten te promoten werd de VZW Patient Empowerment opgericht. Geïnteresseerd om lid te worden?

Alle informatie op www.patientempowerment.be.

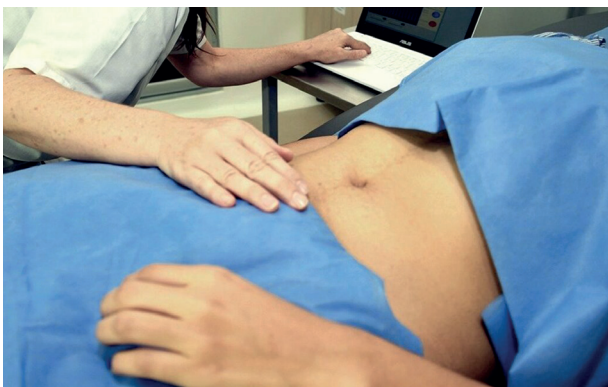
Prof. Edgard Eeckman

Edgard studeerde communicatiewetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel en is doctor in de media- en communicatiestudies. Hij is communicatiemanager van het UZ Brussel. Hij is gastprofessor over patient empowerment aan de Erasmushogeschool Brussel en als wetenschapper aangesloten bij de onderzoeksgroep CEMESO, de VUB-onderzoeksgroep over Cultuur, Emancipatie, Media en Samenleving.



Zorgen met hart en ziel (of niet)

door Ellen Pipers, nov 7 2020



Ellen Pipers, vroedvrouw in hart en nieren, was toen ze opgenomen werd voor een longontsteking zelf nog student vroedvrouw. Na 13 jaar als vroedvrouw te hebben gewerkt in het ziekenhuis was het tijd voor een nieuwe uitdaging. Ondertussen werkt ze aan een onderzoek rond patiënt- en persoonsgerichtheid aan de UHasselt en UGent.

Patient Empowerment is geen theoretisch concept. Het vertaalt zich in 1001 kleine dingen waarvan een zorgverlener en een zorgorganisatie zich niet altijd bewust zijn.

Vertrouwensband met de huisarts

Na mijn stage op de verloskamer voelde ik me heel erg moe, wat niet zo verwonderlijk was na de onderbroken nachten, omdat ik zoveel mogelijk bevalingen wou bijwonen. Na een paar dagen begon ik te hoesten en koorts te krijgen, de puffer die ik normaal gebruikte voor mijn allergie tegen huisstofmijt, hielp niet tegen het hoesten. Even bij de huisarts gepasseerd voor een andere puffer en dan zou het wel weer snel beter gaan, maar de koorts bleef stijgen en ik voelde me zieker en zieker worden. Na een paar dagen had ik bijna 40° koorts en gingen we terug naar de huisarts, ze stuurde ons naar het ziekenhuis voor een RX van de longen, want ze vertrouwde het niet meer. Normaal was haar consultatie afgelopen, maar ze bleef wachten tot we terug waren van het ziekenhuis, dan kon ze ons nog de juiste medicatie meegeven indien nodig. Wandelend van de parking naar het ziekenhuis moest ik veel trager lopen dan normaal, omdat ik veel te weinig lucht kreeg. Gelukkig waren we meteen aan de beurt op de RX, het was er erg rustig. De verpleegkundige liep daarna met

ons mee en zei dat we misschien beter langs spoed konden passeren, omdat uit de foto was gebleken dat ik een longontsteking had. Het was fijn om meteen de uitslag te horen te krijgen, zodat we niet moesten wachten tot de huisarts vertelde wat er aan de hand was. We besloten om toch eerst naar de huisarts te gaan, omdat ze speciaal op ons wachtte. De huisarts had nog een doosje met de juiste medicatie liggen en drukte ons op het hart om naar het ziekenhuis te gaan als we het niet meer vertrouwden. Thuis probeerde ik te slapen, maar ik vond het heel akelig dat ik zo weinig lucht kreeg.

Verplegen is een passie

We besloten om toch naar het ziekenhuis te gaan. In het ziekenhuis aangekomen prikten ze bloed, keken ze het zuurstofgehalte in mijn bloed na en probeerden een bloedafname in mijn pols om extra onderzoeken te kunnen uitvoeren. Het lukte niet om bloed te krijgen en ik vond het enorm pijnlijk, mijn angst voor naalden hielp ook niet en ik viel even flauw. Ze besloten om die bloedafname dan toch maar te laten, ik kreeg zuurstof toegediend en een infuus en mocht naar de afdeling. Op de afdeling waren er verpleegkundigen die hun werk met hart en ziel deden, maar jammer genoeg ook enkele verpleegkundigen die weinig geïnteresseerd waren in de patiënten. Ik herinner me dat ze met 2 verpleegkundigen binnen kwamen om mijn bed op te maken, ze zeiden geen goedemorgen of ik kreeg geen uitleg, de verpleegkundigen babbelden tegen elkaar alsof ik er niet bij zat en ze praatten tegen elkaar over mijn boek dat op het nachtkastje lag. Bij de koffieronde vloog het hoofd van een verpleegkundige door de deur met de mededeling of vraag: "KOFFIE?!". Ik drink geen koffie, maar als ik het wel zou drinken, klonk het niet erg uitnodigend om een kopje koffie te drinken. Eenmaal heb ik gevraagd of ik me mocht douchen om mijn haar te kunnen wassen, er was geen douche op de kamer, maar dat kon toen niet omdat het te druk was, ze zouden later terugkomen om te wijzen waar de douches waren. Ze zijn niet teruggekomen en ik heb me dan maar gewassen aan de lavabo. In totaal ben ik toen 5 dagen opgenomen geweest en ik heb daar veel moeten wenen. Het gevoel van machteloosheid was groot, plots niet meer in mijn vertrouwde omgeving, plots niet meer zelf beslissen wat er allemaal gebeurt, wakker worden door het gebabbel van de ochtendshift die toekwam, het totale gebrek aan privacy ... het werd me met momenten te veel. Ik begreep zelf niet waarom ik dat allemaal zo erg vond, want op zich was er niet zoveel aan de hand. De koorts was weg, de antibiotica sloeg aan, ik had geen pijn, maar het gebrek aan controle was enorm confronterend en heeft me veel geleerd over hoe het voelt om patiënt te zijn. Er waren ook verpleegkundigen die hun werk met hart en ziel deden en dat voelde ik als patiënt. Tijdens de nacht hoorde een verpleegkundige me hoesten en kwam ze me siroop brengen zodat ik toch wat zou kunnen slapen. Ze vroeg of ik de deur liever op een kiertje had of liever dicht, zodat ik minder lawaai zou horen. Het was heel fijn om te voelen dat er iemand voor me zorgde en rekening met me hield.

Verpleegkundige met hoofd, hart en handen

Op stages en later op mijn werk heb ik hier nog vaak aan moeten denken. Hoe je met kleine dingen het verschil kan maken voor een patiënt. Ik heb altijd geprobeerd om empathisch te zijn, om er te zijn, om te luisteren, om respectvol te zijn ... Is dat altijd gelukt? Nee natuurlijk niet, er zullen ongetwijfeld patiënten zijn die niet zo tevreden waren, waar ik misschien kortaf ben geweest of niet de tijd heb genomen om echt te luisteren. Ik denk dat altijd correct handelen geen kenmerk is van een goede verpleegkundige. Een kenmerk van een goede verpleegkundige is wel zelfreflectie, door na te gaan wat er is fout gelopen en wat had ik anders kunnen aanpakken. Hierdoor leer je als verpleegkundige elke dag bij. Door echt te luisteren en er te zijn, kan je een connectie maken met iemand anders en dat geeft ontzettend veel energie. Dat is de reden waarom ik voor deze job heb gekozen.

"I've learned that people will forget what you said, people will forget what you did, but people will never forget how you made them feel."

Maya Angelou



VOOR U GELEZEN

Waardevolle immunoglobulines: hoe het gebruik ervan optimaliseren in de context van dreigende tekorten?

Immunoglobulines zijn geneesmiddelen die met menselijk bloedplasma worden geproduceerd. Ze worden gebruikt voor de behandeling van aandoeningen die vaak zeldzaam en soms zeer ernstig zijn. Immunoglobulines zijn duur, en het risico op tekorten eraan neemt steeds toe, wereldwijd en in ons land. Er is daarom zeer dringend nood aan een strategie om de voorraad beter te beheren en het gebruik te optimaliseren. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) kreeg de opdracht om hun werkzaamheid na te gaan, en in te schatten wat voor ons land de behoeften voor de komende jaren zijn.

Een wereldwijd probleem

Immunoglobulines (Ig) zijn antistoffen in het menselijk bloedplasma, die worden gebruikt om gelijknamige geneesmiddelen te produceren. Deze producten worden al heel lang toegediend aan mensen die er zelf onvoldoende van aanmaken. Hierdoor werkt hun immuunsysteem niet goed en zijn ze vatbaar voor infecties. Vanaf de jaren tachtig worden ze ook gebruikt bij bepaalde auto-immun- of ontstekingsziekten, die vaak zeldzaam en soms zeer ernstig zijn.

Door de vooruitgang in de geneeskunde neemt de vraag naar Ig wereldwijd steeds toe. Hun productie is echter afhankelijk van menselijk plasma, waardoor het aanbod beperkt is. Ze zijn ook duur: de prijs van een toediening varieert van €1300 tot €7000, en sommige behandelingen zijn levenslang.

Vandaag staat de Ig-markt wereldwijd onder druk. Ook ons land had recent - en heeft nog steeds – een aantal acute bevoorradingsproblemen, en deze situatie zal waarschijnlijk verder verslechteren. Omdat we voor meer dan de helft van ons gebruik afhankelijk zijn van de internationale markt, spelen de kleine Belgische markt en de huidige prijsdruk niet in ons voordeel. Bovendien zorgt de COVID-pandemie voor bijkomende druk, omdat de donaties van plasma wereldwijd zijn afgenomen.

Het gaat dus om een complex probleem, dat op meerdere niveaus moet worden aangepakt. Aan het KCE werd gevraagd om een stand van zaken op te maken van het gebruik van Ig in België, zodat de bevoegde autoriteiten oplossingen voor de toekomst kunnen uitwerken.

Acht erkende aandoeningen in België

In ons land wordt het gebruik van Ig voor acht aandoeningen terugbetaald, andere landen erkennen er meer. In het eerste deel van de studie ([KCE Report 327](#)) analyseerde het KCE het wetenschappelijk bewijs voor Ig voor deze acht aandoeningen. Daarnaast keek het naar andere aandoeningen die in het buitenland worden erkend. Helaas bestaat er voor veel van deze vaak zeldzame en ernstige aandoeningen niet altijd betrouwbaar bewijs dat Ig werkzaam zijn. Als we ze toch in aanmerking zouden laten komen voor terugbetaling, zouden we ons moeten baseren op bijkomende criteria, zoals degene voor de on vervulde medische behoeften (Unmet Medical Needs - zie [rapport KCE 272](#)). Momenteel moeten patiënten met deze ziekten zich richten tot het Bijzonder Solidariteitsfonds van het RIZIV.

De acht aandoeningen waarvoor Ig in België worden terugbetaald:

- Primaire (aangeboren) immuundeficiëntie als de patiënt steeds terugkerende infecties heeft, waarvoor antibiotica nodig zijn;
- Secundaire immuundeficiëntie ten gevolge van een hematologische kanker (bv. multipel myeloom, leukemie chronische lymfoïde), chemotherapie of van een transplantatie van stamcellen als de patiënt steeds terugkerende infecties heeft, waarvoor antibiotica nodig zijn;
- Idiopathische trombocytopenische purpura bij (een hoog risico op) zware bloedingen;
- Ziekte van Kawasaki (zeldzame ontstekingsziekte, vooral bij kinderen);
- Syndroom van Guillain-Barré als de patiënt een progressieve spierzwakte vertoont;
- Chronische inflammatoire demyeliserende polyneuropathie als de ziekte het dagelijks functioneren van de patiënt verstoort, en als een behandeling met orale corticoïden niet werkzaam of contra-geïndiceerd is;
- Multifocale motorische neuropathie als de ziekte het dagelijks functioneren van de patiënt verstoort;
- Invasieve infectie met groep A streptokokken (streptococcal toxic shock syndrome) als andere behandelingen gefaald hebben (laatste redmiddel).

Eerst een beter inzicht krijgen in het huidige gebruik

Het tweede deel van het onderzoek, dat vandaag wordt gepubliceerd, focust op de situatie in België. Daarin wilt het KCE inschatten hoeveel Ig ons land de volgende jaren zal nodig hebben, op basis van het huidige gebruik en de opkomende trends. De bedoeling was ook om aanbevelingen te formuleren voor een zo billijk mogelijke verdeling van Ig bij dreigend tekort.

De onderzoekers stelden enkele belangrijke problemen vast, die met voorrang moeten worden aangepakt. Zo wordt in België het gebruik van Ig niet centraal geregistreerd en heeft men geen duidelijk zicht op de aandoeningen waarvoor ze worden gebruikt. Hierdoor is het moeilijk om de toekomstige behoeften in te schatten. Bovendien blijken sommige Ig 'zonder terugbetaling' te worden gebruikt, waarvoor er geen officiële gegevens beschikbaar zijn. Om dit markt-aandeel in te schatten, moest het KCE zich baseren op indirecte bronnen.

Daarnaast is het bij mogelijke schaarste absoluut noodzakelijk om toegang te hebben tot transparante gegevens over de beschikbare voorraden bij de producenten, groothandels en ziekenhuizen.

Voor een dergelijke gecentraliseerde opvolging moeten eerst belangrijke juridische en praktische aspecten worden aangepakt, als belangrijke eerste stap.

Een bewuster gebruik

Een andere reeks van aanbevelingen heeft tot doel om het gebruik te optimaliseren, bv door bij een tekort voorrang te geven aan een aantal zeer ernstige ziekten. We kunnen ons daarbij baseren op het voorbeeld van andere landen, die al dezelfde oefening maakten (Frankrijk, Engeland). Het vergt een ethische denkoefening, die elk land op zijn manier moet uitvoeren.

Het KCE beveelt artsen ook aan om hun inspanningen om Ig meer bewust te gebruiken, voort te zetten, bv door regelmatig na te gaan of een behandeling nog steeds werkzaam /noodzakelijk is, en zo niet, door deze te beëindigen (wat trouwens al in de huidige terugbetalingscriteria wordt vermeld). Ook kan voor elke patiënt worden gezocht naar de minimale effectieve dosis (omdat uit recente gegevens blijkt dat voor bepaalde ziekten lagere doses soms even werkzaam zijn als hogere doses).

Al deze maatregelen moeten duidelijk en breed worden gecommuniceerd naar alle betrokkenen: de voorschrijvende artsen, apothekers (openbare en in het ziekenhuis) en uiteraard naar de patiënten. Een gezamenlijke inspanning is dus nodig, maar deze is essentieel als we willen dat deze producten ook bij schaarste beschikbaar blijven voor degenen die ze het meest nodig hebben.

© Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019 - <http://www.kce.fgov.be>

Nieuwe VUB-leerstoel voor re-integratie Kankerpatiënten op de arbeidsmarkt

Coaching bij Kanker moet uitmonden in beleidsadviezen

Vrijdag 16 oktober 2020 — **De VUB zet het academiejaar in met de nieuwe leerstoel Coaching bij Kanker. Hiermee financieren partners Stichting Tegen Kanker en The Majin Foundation het onderzoek van leerstoelhouder prof. dr. Elke Van Hoof. Zij wil bestuderen of de re-integratie van mensen met kanker op de arbeidsmarkt vergroot kan worden door in te zetten op coaching.**

"Coaching is een samenspel van coach en coachee. Door in te zoomen op bepaalde ervaringen en vraagstukken stimuleert de coach reflectie. Hij maakt potentiële kwaliteiten vrij en helpt de coachee bij het overwinnen van obstakels. Hiervoor kunnen verschillende stijlen en methodieken worden ingezet, afhankelijk van de vraag en context", vertelt prof. dr. Elke Van Hoof.

Als concrete voorbeelden van coaching tijdens en na kanker geeft zij onder meer self-management, het hervinden van een nieuw evenwicht na ziekte, werkhervatting, life coaching, voeding coaching en loopbaanbegeleiding. Maar een conceptualisatie is nu meer dan ooit nodig, luidt het. Want al deze initiatieven zijn gefragmenteerd, bestaan in verschillende vormen en verschijnen in alle fasen van de kankerbehandeling.

Naast VUB-professor Elke Van Hoof zijn ook prof. dr. Emmanuelle Zech (UC Louvain) en prof. dr. Lode Godderis (KU Leuven) betrokken bij het onderzoek. Samen willen zij komen tot een wetenschappelijke definiëring van coaching tijdens en na kanker. Daarna willen ze kijken naar de verhouding van deze coaching t.o.v. de brede coaching wereld enerzijds, en andere gezondheidszorgberoepen anderzijds.

"Er is vandaag de dag weinig of geen zicht op de impact van deze technieken op het welzijn van de coachee. In de besprekingen wordt er aangegeven dat coaching tijdens en na kanker erop gericht is om werkhervatting en/of participatie te faciliteren na kanker. Er zijn echter nog geen effectiviteits- of impactmetingen beschikbaar", besluit leerstoelhouder prof. dr. Elke Van Hoof.

De leerstoel wil bouwen aan succesfactoren voor coaches in de kankerzorg en de mogelijke return on investment via o.a. gezondheidseconomische evaluaties identificeren. Tot slot hoopt professor Van Hoof dat de onderzoeksleerstoel zal uitmonden in beleidsadviezen die een duurzame inbedding van coaching kan faciliteren.

Contact: Prof. dr. Elke Van Hoof: Elke.Van.Hoof@vub.be – 0479 991 219

Meer informatie over deze leerstoel vindt u op:

<https://www.vub.be/foundation/leerstoel/coaching-bij-kanker>

Een lotgenote had het heel goede idee, zeker in corona-tijden, ons enkele titels van relevante boeken op te geven:

- **The living proof** van Michaël Gearin of 'Het levende bewijs'
ISBN 0 7432 0677 0
- **Ingrijpende jeugdervaringen en gezondheidsproblemen**
ISBN 978 94 63 16 044 5, uitgeverij 'Mens'
- **Handboek kanker** van Henk Fransen, arts
ISBN 978 90 202 11269, AnkhHermes

Bij de laatste twee boeken spreekt de titel grotendeels voor zich.

Het eerste boek gaat over de ziekte van Kahler. Het is van een Australiër die genezen is van de ziekte - volgens eigen bewering - door alternatieve behandelingen.

Voor zover bekend bij de redactie heeft CMP geen officieel standpunt over alternatieve behandelingen, maar het standpunt ingenomen door prof Braeckman en overgenomen door Patient Empowerment lijkt ons een goed uitgangspunt. Het wordt in een artikel hierna weergegeven

Als patiëntenvereniging moeten we ons, deontologisch gezien, skeptisch opstellen tegenover "alternatieve behandelingen" en ons aansluiten bij de medische wetenschap. Die laat die alternatieve behandelingen (vaak) toe op voorwaarde dat de voorgeschreven standaardbehandeling niet achterwege gelaten wordt.

Alleen betrouwbare informatie leidt tot authentieke autonomie

Goed geïnformeerd zijn is niet gelijk aan empowerment, maar het is er wel een basisvoorwaarde toe. Daardoor is het de opstart van minder afhankelijkheid en meer autonomie. Tenminste, als het om betrouwbare informatie gaat, zo stelt filosoof Johan Braeckman.

Johan Braeckman doceert wijsbegeerte aan de universiteit Gent.

Het is een beetje deprimerend. Er gaat geen dag voorbij of je leest iets in de krant dat wetenschappelijk geen steek houdt. In de weekendbijlage van De Standaard (14/11/2020) beweert een performance artieste dat ze haar genen kan veranderen door te vasten. De journaliste doet geen moeite om er een kritische bedenking bij te maken. *So what?*, hoor ik sommigen denken. Wat maakt het uit dat iemand een opvatting heeft die geheel in strijd is met de moderne genetica? De gedachten zijn vrij *et cetera*. Juist. Maar dat wil niet zeggen dat die vrije gedachten ons ook vrijer maken.

“Hoe beter je inzicht in alles wat je denken en gedrag bepaalt, hoe vrijer je kan worden”

De Nederlandse filosoof Spinoza (1632-1677) hamerde erop dat we vrijer worden naarmate we beter zijn geïnformeerd. Vrijheid heeft volgens Spinoza niets te maken met de zogenaamde vrije wil. Die bestaat immers niet. Dat betekent evenwel niet dat we volkomen onvrij zijn, zoals een mechanische pop die je kan opwinden. De pop doet haar ding, maar ze heeft er geen enkele zeggenschap over. De pop, kortom, heeft geen autonomie. De mens, redeneerde Spinoza, heeft dan wel geen vrije wil, maar hij kan wel zijn autonomie vergroten. Dat doe je door je zo goed mogelijk te informeren. Hoe beter je inzicht in alles wat je denken en gedrag bepaalt, hoe vrijer je kan worden. Dat klinkt wat mysterieus, maar het valt in mensentaal uit te leggen. Een beter inzicht, dacht Spinoza, zorgt ervoor dat we onze zelfdeterminatie vergroten. Wie goed geïnformeerd is, denkt en handelt autonoom. Wie slecht geïnformeerd is, laat zijn denken en handelen meer bepalen door externe factoren. Vrijheid is het rationeel en goed geïnformeerd reduceren van alle keuzemogelijkheden, tot er maar een meer overschiet. Wie denkt dat het behoud van meerdere keuzemogelijkheden meer vrijheid biedt, vergist zich. In werkelijkheid leidt het tot besluiteloosheid en tot het risico dat de beslissing die men uiteindelijk neemt, op willekeur steunt. Dat tast de autonomie net aan, in plaats van ze te vergroten. Wie Spinoza's redenering volgt, begrijpt onmiddellijk het belang van betrouwbare kennis. Spinoza was dan ook een groot voorstander van het gebruik van de wetenschappelijke methodes. Hij stelde vraagtekens bij meerdere andere informatiebronnen, zoals de Bijbel, tradities of bijgeloof. Wie daarop een beroep doet om zijn denken en handelen te oriënteren, denkt misschien vrij te zijn. In werkelijkheid gaat het om een vorm van pseudo-vrijheid. De gedachten die men ontwikkelt, de beslissingen die men neemt en de daden die men stelt, zijn dan causaal bepaald door foutieve informatie, zonder dat men het zelf beseft. Dat leidt niet tot authentieke autonomie.

De overgrote meerderheid van die zogenaamde alternatieve geneeswijzen werkt niet.

Spinoza's inzichten zijn ook nu nog geldig. Ze zullen dat ook blijven, zolang er mensen zijn. Mocht hij in onze tijd leven, zou hij ongetwijfeld bepleiten dat de

geneeskunde, zoals zoveel mogelijk in het leven, *evidence based* moet zijn. Hij zou dubbelblinde, placebogecontroleerde en gerandomiseerde studies willen, en meta-analyses van die studies. Hij zou beroep doen op de *Cochrane Library* en *Our World in Data* en geen hoge pet op hebben van de zogenaamde alternatieve geneeswijzen. 'Alternatief' betekent hier immers, in het beste geval, dat we te maken hebben met een therapie die nog niet voldoende wetenschappelijk is getest. In het slechtste geval gaat het over iets wat men wel reeds wetenschappelijk onderzocht, maar door de mand gevallen is. De lijst van dergelijke nep-behandelingen is erg lang. Het gaat onder meer over homeopathie, iriscopie, Moermantherapie, neuraaltherapie, enzovoort. De overgrote meerderheid van die zogenaamde alternatieve geneeswijzen werkt niet. (Bedenk dat we ook niet spreken over alternatieve biologie, of alternatieve geschiedenis enzovoort, tenzij je een creationist of negationist bent.) Wie denkt dat die ongeteste of *gebuisde* therapieën toch een geneeskundige werking hebben, doet aan zelfbedrog. Wie ze gebruikt, denkt autonoom te zijn. Men verwierpt de zogenaamde 'klassieke' geneeskunde, en meent goede argumenten te hebben om te kiezen voor het 'alternatieve'. Die argumenten deugen evenwel niet. Ik geef een voorbeeld, een klassieker: "Ik gebruik homeopathie, want dat is natuurlijker dan de chemische producten die de farmaceutische industrie ons opdringt". Dat klinkt misschien op het eerste gezicht niet onredelijk. Maar er zitten meerdere denkfouten in. Ik geef één voorbeeld: iets wat 'natuurlijk' is, is niet per se beter dan wat door mensen is bedacht. Ik eet liever iets uit een chocoladefabriek dan een vliegenzwam uit het bos. Om de andere denkfouten te spotten, zie de boeken van *Ben Goldacre: Bad Science* (over alternatieve geneeskunde) en *Bad Pharma* (over wantoestanden in de farmacie). Het is altijd en overal belangrijk om ons te laten leiden door de best mogelijke informatie. Maar in coronatijden misschien nog net een tikkeltje meer. "Ween niet", schreef Spinoza, en "wees niet verontwaardigd, maar begrijp!".

Het artikel werd ons toegestuurd door Patient Empowerment vzw

VOOR U GELUISTERD

CAR T-cell therapy in multiple myeloma: a clinical update



Tweede en laatste deel van het online symposium

Inleiding van Prof. Dr Einsele door de vorige spreker

Het andere belangrijke aspect waaraan men aandacht dient te schenken wanneer men behandelingen zoals celtherapie toepast, is de toxiciteit die ermee gepaard gaat.

Mijn collega, Dr Einsele, zal u een samenvatting geven van de belangrijkste veiligheidsoverwegingen in acht te nemen bij het toedienen van celtherapie bij MM-patiënten.



*Hermann Einsele, MD, FRCP
Professor, Director University Hospital
Wuerzburg, Germany*

Hermann Einsele, MD, FRCP: Hello, ik ben Dr Hermann Einsele van het Universitair Ziekenhuis in Würzburg, Duitsland. Ik kijk ernaar uit u een overzicht te kunnen geven van de veiligheid van CAR T-cel-therapie gezien vanuit de ziekenhuispraktijk.

Wat zijn de belangrijkste veiligheidsoverwegingen bij CAR T-cel-therapie? Eerst en vooral is het een vorm van heroriëntering van T-cellen en daarom

is er de problematiek van het “cytokine release syndroom –afgekort CRS (*1)” dat zich normaliter voordoet tussen 1 en 14 dagen na de toediening, per infuus, van de CAR T-cellen. Dat syndroom kan bij MM veelal mild zijn, in tegenstelling tot wat we zien bij een vergelijkbare behandeling van non-Hodgkinlymfoom (NHL) waar zich bij een significant deel van de patiënten een heftige vorm van CRS manifesteert.

Dat verschil kan te wijten zijn aan het gegeven dat de T-cellen die afgenomen worden van MM-patiënten veel meer uitgeput zijn (minder fit zijn door voorafgaande behandelingen) dan bij NHL-patiënten en daardoor waarschijnlijk minder in staat zijn om cytokines te produceren.

Als we het CRS waarnemen, wat vaak gepaard gaat met hoge koorts, te hoge bloeddruk en typische lab-abnormaliteiten, dan passen we momenteel een IL-6 (*2) gerichte therapie toe, meer specifiek tocilizumab. We kunnen dat bij herhaling doen, maar wanneer de CRS zeer heftig is dan moeten we de bloedcirculatie ondersteunen met een vapocompressor, iets wat normaal op de afdeling intensieve zorg gebeurt.

Een andere problematiek die vaak gepaard gaat met CRS is neurotoxiciteit. Om die onder controle te houden is de type behandeling een hoge dosis corticosteroiden.

Nog een ander vaak voorkomend probleem vormen de verwickelingen met infecties, in het bijzonder cytopenie (*3) en ook bepaalde T-cel-dysfuncties, vooral in de eerste 30 dagen na de toediening van de T-cellen. De meeste infecties zijn van bacteriële aard, maar ook virale en schimmelinfecties komen voor. Bij sommige patiënten zagen we ook infecties die voorkomen bij patiënten die een allogene stamceltransplantatie hebben ondergaan.

In de ziekenhuispraktijk - tot nu toe alleen bij NHL - bleek de veiligheid van de CAR T-cel-therapie vergelijkbaar met de vaststellingen in de klinische studies.

Er is een nieuwe strategie – ook ontwikkeld in Würzburg – rond het idee dat CRS in feite afhankelijk is van de activering van een CAR, een idee waarop kan gewerkt worden om CRS te voorkomen. {.....}

Samengevat kunnen we stellen dat CRS en neurotoxiciteit significant veel milder zijn bij MM dan bij NHL, maar dat verwickelingen met infecties iets vaker voorkomen bij MM dan bij NHL. Dat kan het gevolg zijn van het gegeven dat MM-patiënten vaak zwaardere voorafgaande behandelingen hebben ondergaan.

Onze gangbare praktijk is dan ook om bij patiënten zorgvuldig te onderzoeken

of hun nier-, hart- en longfunctie voldoende goed zijn om in aanmerking te komen voor een CAR T-celtherapie, zoals we dat ook doen voorafgaand aan een autologe stamceltransplantatie.

Slotwoord

Uit het slot- en dankwoord van Dr. Salles weerhouden we:

We staan aan het begin van een nieuw verhaal. We verwachten in de volgende jaren bepaalde verfijningen in de te ontwikkelen CAR T-cellen, combinaties van CAR T-cellen met verschillende producten en waarschijnlijk ook het naar voor schuiven van de therapie in het verloop van de ziekte om de graad van genezing van de patiënt te verhogen. (Nvdr: zoals dat nu ook met Darzalex/daratumumab gebeurt)

*(*1) Het **cytokine release syndroom** – kortweg ‘CRS’ – is een aandoening waarbij een uitgebreide ontstekingsreactie in het lichaam ontstaat. CRS wordt veroorzaakt doordat bepaalde ontstekingsstoffen worden vrijgelaten door ontstekingscellen in het lichaam. Deze ontstekingsstoffen worden ‘cytokines’ genoemd.*

*(*2) **Interleukine-6** (IL-6) is een belangrijke pleiotropische, inflammatoire cytokine, die verschillende celtypes kan beïnvloeden door te binden aan membraangebonden of oplosbare IL-6 receptoren.*

*(*3) Een **cytopenie** is een aandoening gekenmerkt door lage of verlaagde niveaus van een of meer bloedcomponenten in de circulatie. Bloed heeft verschillende componenten waaronder rode bloedcellen (RBC), bloedplaatjes en witte bloedcellen (WBC).*

VRAAG EN ANTWOORD

Onder partners van lotgenoten – vraag en antwoord

De partner van een recent gediagnosticeerde MM-patiënt (en nieuw CMP-lid) richtte zich tot ons met volgende vraag: **“waar ik persoonlijk nogal mee zit... hoe ga je om met het vraagteken boven je hoofd, niet wetend wat en hoe Kahler verder zal verlopen... ?”**

De partner van een lotgenote met een aantal jaren MM-ervaring op de teller gaf het volgende **antwoord**:

het is met Kahler zoals met het leven, je weet daarvan ook niet hoe het verder zal verlopen; je moet het nemen zoals het komt, aanvaarden en altijd opnieuw proberen er het beste van te maken; leven in het nu en “carpe diem”/pluk de dag.

15 Jaar geleden was de diagnose bij wijze van spreken nog een “doodvonnis”, nu is het de mededeling dat je een chronische ziekte hebt waarvoor verschillende behandelingslijnen beschikbaar zijn; veel Kahlerpatiënten overlijden aan iets anders dat geen verband houdt met Kahler;

denk aan de heiligverklaarde Jan Berghmans:

toen men hem vroeg wat hij zou doen als hij zou weten dat het zijn laatste dag was, antwoordde hij “gewoon voortdoen alsof ik het niet wist...”

of aan het “gebed om sereniteit (kalmte/gemoedsrust)”

Het Gebed om Kalmte (in het Engels: the Serenity Prayer) is een bekend gebed uit de christelijke traditie, geschreven door de theoloog Reinhold Niebuhr.

Het wordt in vele contexten toegepast, maar is vooral bekend door het gebruik in de programma's van Anonieme Alcoholisten en andere Twaalfstappen-programma's.

De meest gebruikte vorm in het Engels is:

God, grant me
the serenity to accept the things I cannot change,
courage to change the things I can,
and wisdom to know the difference.

Een veelgebruikte Nederlandse vertaling is:

God, schenk me
kalmte om te aanvaarden wat ik niet kan veranderen,
moed om te veranderen wat ik wel kan veranderen
en wijsheid om het verschil hiertussen te zien.

Het gebed werd wel toegeschreven aan Thomas van Aquino, Augustinus, Franciscus van Assisi en diverse anderen, ook buiten de christelijke traditie. Niebuhr begon het gebed in 1934 te gebruiken in kerkdiensten waarin hij voorging, dat werd mondeling overgedragen en won aan populariteit.





GEZONDHEID

Gezond leven is goed voor de geest

Voldoende bewegen en gezond eten beschermt ons niet alleen tegen fysieke aftakeling.

Onze levensstijl wordt doorgaans aan onze fysieke gezondheid gelinkt: roken, ongezond eten en te weinig bewegen leiden tot wat we met veel te mooie term 'beschavingsziekten' zijn gaan noemen zoals diabetes.

Het inzicht groeit dat je levensstijl ook je geestelijke gezondheid kan beïnvloeden, hoewel daar nog maar weinig onderzoek is naar gedaan. Kinesitherapeut Davy Vancampfort (KU Leuven) heeft met een aantal collega's de beschikbare evidentie bestudeerd – hun rapport verscheen in World Psychiatry.

Het is duidelijk dat voldoende beweging en gezonde voeding een rem kunnen zetten op de ontwikkeling van mentale problemen zoals depressies en angststoornissen. Zo'n actief leven zou zelfs een genezend effect op het hoofd kunnen hebben. Ongezond leven blijkt geestelijke gezondheidsproblemen in de hand te werken net zoals slecht slapen. Een verstoorde nachtrust wordt doorgaans als een gevolg van mentale problemen gezien, maar ze kan er evenzeer de oorzaak van zijn.

Sinds de eerste golf van het coronavirus zijn we gemiddeld actiever dan voorheen. Daarom is dit, zegt Vancampfort, een goed moment om de positieve impact van een gezond leven op de geestelijke gezondheid in de verf te zetten.

Bron: www.Knack.be , 4/11/2020

SUPER FOOD

Blauwe bessen

Danken hun kleur aan anthocyanen, pigmentstoffen die goed zijn voor je geheugen, je bloeddruk, je ogen.

Havervlokken

Zitten vol bijzondere vezels: bètaglucanen. Die nemen vocht op in de darmen en binden onderweg ook cholesterol, galzouten en vetzuren.

Kurkuma

Heeft sterke ontstekingsremmende eigenschappen en bevat curcumine, de stof die beschermt tegen de ziekte van Alzheimer.

Groene thee

Kickstart je metabolisme, vermindert stress en vermoeidheid en helpt zelfs tandbederf voorkomen.

Boerenkool

Is de ideale partner voor je afweersysteem en ondersteunt de werking van je lever.

Zeewier

Is rijk aan jodium, verbetert je vetverbranding en beschermt je tegen virale en bacteriële infecties.

Ginseng

Boost je immuunsysteem én je humor, en werkt ontstekingsremmend. Het heeft ook een positieve invloed op je bloeddruk en stofwisseling.

Donkere chocolade

Houdt je huid en je bloedvaten soepel, net als rauwe cacao nibs. Cacao bevat magnesium en stimuleert de aanmaak van endorfines, dopamine en serotonine stofjes waar je zen en blij van wordt. Hoe donkerder, hoe gezonder. Maar chocolade bevat ook veel vetten en suiker

Gember

Stimuleert je spijsvertering, bloedsomloop en concentratievermogen. En bezorgt je een frisse adem.

Lupine

Is een peulvrucht, net als soja, erwten, linzen en bonen. Lupine bevat veel eiwit, is rijk aan calcium, magnesium en ijzer. Het zit vol met voedingsvezels en bevat weinig vet. Uit onderzoek blijkt dat lupine het cholesterolgehalte en de bloeddruk verlaagt en de darmfunctie verbetert.

Tarwegras

Is een uitstekende bron van vitamines en mineralen. Het kan vocht afdrijvend werken, je cholesterol verlagen en ontstekingen tegengaan.

Macawortel

Is een plant uit Peru, meestal verkrijgbaar in poedervorm. Een echte opkikker, want macawortel werkt vooral op je energie en uithoudingsvermogen.

ONS KOOKHOEKJE

Haver pannenkoekjes met banaan

Voor 4 personen - een gerechtje met een bereidingsduur van minder dan 30 minuten

Ingrediënten:

- 150g havermout
- 3 dl halfvolle melk
- 4 el. amandelschilfers
- 3 rijpe bananen
- 3 el. vloeibare boter (of margarine)
- 1 kl. bakpoeder

Vorbereiding (10min.):

- Plet 2 bananen en snij de 3e banaan in schijfjes
- Meng de bananenpuree met de havermout, het bakpoeder en de melk tot een homogeen deeg
- Rooster de amandelschilfers in een pan met antiaanbaklaag, zonder vetstof.

Bereiding (10 min.):

- Verhit 2 eetlepels margarine (of boter) in een grote antikleefpan. Bak 6 kleine pannenkoekjes aan een kant, draai voorzichtig om en bak aan de andere kant. Hou ze warm op een bord.
- Voeg 1 eetlepel boter (of margarine) toe in de pan en bak de volgende 6 pannenkoekjes.
- Leg 3 pannenkoekjes op elk bord en verdeel de schijfjes banaan erover. Werk af met de geroosterde amandelschilfers

Voedingswaarde per persoon :

- 427 Energie (kcal°)
- 20 g Vetten
- 48 g Koolhydraten
- 11g eiwitten



Recept afkomstig van COLRUYT.BE/LEKKERKOKEN

Nota's

Contactadressen CMP Vlaanderen vzw

Antwerpen

Wim Koolen (Myeloom)
Bethaniëlei 8
2970 Schilde
Tel.: 03 384 38 93
wim@cmpvlaanderen.be

Jeannot Poelman (Waldenström)
gsm: 0477 43 30 47
jeannot@cmpvlaanderen.be

Etienne Govaerts (Waldenström)
gsm: 0475 30 31 62
etienne@cmpvlaanderen.be

Jan Walschap (Myeloom)
Meikeverstraat 7
2880 Bornem
gsm: 0490 44 12 37
jan@walschap.net

Brabant

Chris De Ronne (Myeloom)
Tel.: 016 40 32 86
chris@cmpvlaanderen.be

Mia Villé (Myeloom)
Tel.: 016 25 07 28
miameville@gmail.com

Anne Aertssen (Myeloom)
Broekstraat 7
3390 Tielt-Winge
Tel.: 016 63 52 79
anneaertssen@yahoo.com

Roger Aertsens (Myeloom)
Maleizenstraat 48
3020 Herent
Tel.: 016 20 14 68
raertsens@telenet.be

Sonja Goovaerts (Myeloom)
Baron Eduard Empainlaan 107
2800 Mechelen
Tel.: 015 65 37 32
sonja@cmpvlaanderen.be

Oost-Vlaanderen

cmp.regiovlaanderen@gmail.com

Marijke Foucart (Myeloom)

Tel.: 09 324 09 31

marijke@cmpvlaanderen.be

Raoul Van Gaever (Waldenström)

Goedlevenstraat 199

9041 Oostakker

Tel.: 0478 40 40 15

raoul.van.gaever@telenet.be

Nicky De Boever (Waldenström)

Bakkereel 30

9600 Ronse

Tel: 0470 82 47 45

nickydeboever@hotmail.com

West-Vlaanderen

cmp.regiovlaanderen@gmail.com

Nicky De Boever (Waldenström)

Bakkereel 30

9600 Ronse

Tel: 0470 82 47 45

nickydeboever@hotmail.com

Raoul Van Gaever (Waldenström)

Goedlevenstraat 199

9041 Oostakker

Tel.: 0478 40 40 15

raoul.van.gaever@telenet.be

Limburg

Willy Schepers (wildgroei vzw)

Vandermarckestraat 30

3560 Lummen

Tel.: 013 52 30 92

02willy.schepers@skynet.be

Webmaster

webmaster@cmpvlaanderen.be



Informatie en verantwoordelijke uitgever:

CMP Vlaanderen vzw

Jeannot Poelman

Boordeken 4

2980 Zoersel

Tel.: 0477 43 30 47

jeannot@cmpvlaanderen.be

www.cmpvlaanderen.be

Giften worden in dank aanvaard

CMP vzw

Boordeken 4

2980 Zoersel

Ondernemingsnr.: 860 749 987

Bankrekening ARGENTA

IBAN: BE93 9790 7671 3867

BIC: ARSPBE22