

doorgang

MAGAZINE VOOR PATIËNTEN

JUNI 2017 | NR 59

algemeen
**Gezonde en
lekkere sapjes**

darm
**Ontdekken
met hulp
van hond**

algemeen
**Meer bewegen
helpt echt**

**Oprichter SPKS
Joke Leemhuis
ontvangt lintje**

**'Danielle Vogelsang
gaat WIWO
ondersteunen'**



Aangepaste consistentie ALS OPLOSSING BIJ DYSFAGIE



RESOURCE® ThickenUp Clear

Maakt veilig en eenvoudig verdikken haalbaar

Resource® ThickenUp Clear is verkrijgbaar in: 900 g en 125 g blikken en portieverpakkingen van 1,2 g (verpakt per 24 stuks).

Resource® ThickenUp Clear is:

-  amylase-resistent, veilig¹ en dikt niet na
-  geur- en smaakloos
-  lost helder op
-  eenvoudig te doseren: 1,2,3,... nectar, honing, pudding. Altijd de juiste consistentie
-  klontert niet

En makkelijk mee te nemen!

¹ Leonard R, Pryor J, White C, McRay M, McKenzie S, Mehdiadeh OB, Belafsky PC. Nestlé HealthCare Nutrition 2011 data on file. Clinical Trial Report for the 09.18.CLI Study.

Nestlé Health Science, Hoefvestein 36G, 4903 SC Oosterhout
Tel. : 020 569 95 88 • www.NestleHealthScience.nl

Dieetvoeding voor medisch gebruik - Gebruiken onder medisch toezicht.
Dit document is uitsluitend voorbehouden aan de health care professional.



NestléHealthScience



Wie moeite heeft met slikken of eten, kan ook moeite hebben om voldoende voedingsstoffen op de nemen. Daarom nu aandacht voor...

Gezonde en lekkere sapjes

'Chemobrein: geen grapje maar een bijwerking van chemo'



Omslag: Joke Leemhuis, Danielle Vogelsang

ALGEMEEN

- 5 Editorial
- 6 Een onderscheiding voor Joke Leemhuis, oprichter van SPKS
- 7 In Memoriam Jan van Rooij
- 7 'Witte raaf' Martine Luca overleden
- 8 *Voor, tijdens en na de operatie 'erbij' zijn*
Anesthesie is veel meer dan verdoven...
- 10 *Goed excuus bij vergeetachtigheid*
Chemobrein ongewenst effect van behandeling
- 12 Darmflora krijgt terecht steeds meer aandacht
- 14 Digitale operatiekamer nu binnen handbereik
- 16 **Nieuwe columnist** Schelto Kruijff:
Groene dokter
- 17 Patiënten hebben geen idee wat met eHealth kan
- 18 *Juist bij vermoeidheid*
Meer bewegen bij kanker helpt
- 20 *Rol van voeding wordt nog te vaak onderschat*
Onvoldoende contact tussen medische en voedingswereld
- 22 Ziekte kan leiden tot ernstige geldzorgen
- 27 In het kort
- 30 Als adem lucht wordt
- 36 Column Gerda - Samen beslissen
- 38 Recept - Gezonde en lekkere sapjes
- 41 Danielle Vogelsang gaat WIWO ondersteunen
- 42 Uitzaaiingen in de lever na dikkedarmkanker te lijf met PUMP-studie
- 44 De opkomst van nieuw medisch specialisme.

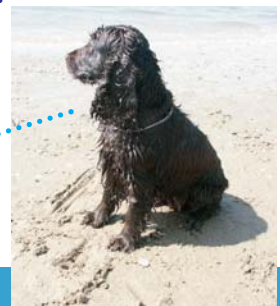


Marco Wessels zit er nog volop in

Geen Wait and See

maar wel

experimentele aanpak



Wetenschappelijke ontwikkelingen door honden

Darmkanker mogelijk vroeg te ontdekken met hulp van honden

DARM

- 31 Darmkanker mogelijk vroeg te ontdekken met hulp van honden
- 35 Meeste mensen niet op de hoogte van alarmsignalen darmkanker

MAAG & SLOKDARM

- 24 *Marco Wessels zit er nog volop in*
Geen Wait and See maar wel experimentele aanpak
- 28 *Rinus van der Steen is weer helemaal blij*
Wonderbaarlijke genezing van de 'fluitketel'
- 32 'Geen alarmsignalen' - Wat als...? Job Holstein werd niet gehoord of gezien...
- 34 Slokdarmweek
- 35 Ademtest kan helpen bij opsporen van maag- en slokdarmkanker?
- 40 Betere spreiding maar ook minimumnorm is van belang


Medisch Centrum Hyperbare Zuurstoftherapie

Diabetische voet?
Pijn na bestraling?
Weefselschade na ongeluk?
Duikongeval?

Zuurstof Therapie helpt!


www.hyperbaarcentrum.nl
0113 - 23 42 90

Goes

Sorgente
 20 jaar
 Specialist in medische voeding

Wilt u ook meer variëren met drinkvoeding?
 Bekijk en download onze recepten op:
www.sorgente.nl/drinkvoeding-recepten



VARIËREN MET DRINKVOEDING
Recepten

 www.facebook.com/Sorgentebv
 www.twitter.com/Sorgentebv

Goede voeding bij kanker
Blijf op krachten

Afvallen?
Nu even niet

Goed eten is belangrijk om uw lichaam in een goede conditie te houden. Dat kan bijdragen om de behandeling bij kanker beter te doorstaan. Dit betekent dat u eigenlijk niet zou moeten afvallen. Gewichtsverlies betekent vaak spierverlies, wat van invloed is op uw conditie.

Afvallen is een veel voorkomend probleem bij kanker. Probeer het zoveel mogelijk te voorkomen. Neem contact op met uw arts, diëtist of verpleegkundige voor advies.

Dat voeding een belangrijke rol speelt in de gezondheid is algemeen bekend. Bij ziekte lukt het echter niet altijd om dagelijks voldoende of de juiste voedingsstoffen in te nemen. Voedingstherapie als onderdeel van een totale behandeling, geadviseerd door uw zorgverlener, kan dan uitkomst bieden.

Vanuit haar overtuiging van de belangrijke rol van voeding wil Nutricia u en uw verzorgers ondersteunen bij dit advies.

Met kennis, een breed assortiment medische voedingsmiddelen afgestemd op uw specifieke situatie, én service op maat wil Nutricia bijdragen aan uw totale behandeling en kwaliteit van leven om zo een wezenlijk verschil te maken in deze voor u kwetsbare periode.


NUTRICIA
 Advanced Medical Nutrition

V.U.: Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer • April 2017





Van de redactie

Editorial

Juni. Hopelijk is het op dit moment een beetje lekker weer en kunt u Doorgang lezen in de tuin of op uw balkon. Maar dat maakt het niet minder serieus, alle zaken die u in deze Doorgang tegenkomt.

Maar serieus hoeft niet altijd erg te zijn. Neem het verhaal van Rinus van der Steen, de man die fluitend door het leven gaat, de dood in de ogen keek maar nog steeds – as we speak – fluit.



Marie-Louise Brueren

Heel anders dan het droevige verhaal van Job Holstein. Een verhaal óver hem, want hij kan het helaas niet meer zelf vertellen. Heel jong geconfronteerd worden met slokdarmkanker en dan een huisarts treffen die denkt: 'Zó jong, dat kan statistisch gesproken helemaal niet, DUS is het ook niet zo.' Maar het was wel zo. Slechts één week na - eindelijk - de diagnose slokdarmkanker is Job overleden, zijn gezin in volledige ontredde achterlatend.

Artsen kunnen fouten maken, wees daar alert op. Het is heel belangrijk om assertief te zijn en veranderingen in uw lichaam op te merken en serieus te nemen. Een 'niet-pluis' gevoel kan -mits u zich over het algemeen snel druk maakt- aanleiding zijn om nog eens extra op de signalen van darmkanker te letten. Kent u die? Ik heb ze op deze pagina nog even voor u op een rijtje gezet.

Wat hebben we nog meer? Naast de mooie columns van Gerda, hebben we een nieuwe columnist, Schelto Kruijff, oncoloog van het UMCG, die graag voor ons in de pen klimt. Het is vast heel boeiend om ook eens de verhalen te horen vanaf de andere kant van de spreekkamertafel.

Op de receptenpagina vindt u een ontzettend leuk kookboek, gemaakt voor en door slokdarmpatiënten. Niet duur, dus voor iedereen te bestellen. Naast de recepten ook nu weer aandacht voor voeding en de darmflora, want we kunnen er niet meer omheen: voeding baat, óf schaadt.

Altijd geïnteresseerd geweest in anesthesie? Grijp uw kans, Peter heeft een mooi interview uitgewerkt met anesthesioloog Harry Naber. Ook pijnbestrijding en de conditie van de patiënt behoren tot zijn werkgebied.

Ten slotte heeft SPKS afscheid moeten nemen van bestuurslid Jan van Rooij. Pijnlijk. Tegelijkertijd heeft SPKS naast een aantal nieuwe vrijwilligers, ook Danielle Vogelsang mogen begroeten. Zij gaat de WIWO versterken.

Zo gaat het meestal in het leven. Nieuw leven tegenover de dood. Vreugde tegenover teleurstelling. Gezond tegenover ongezond. Daarmee dealen, dat is de kunst.

Marie-Louise Brueren

"Kent u de signalen van darmkanker?"

De signalen van darmkanker voor u op een rij

- Een blijvende verandering in het ontlastingspatroon; in regelmaat of samenstelling van de ontlasting.
- Bloed en/of slijm bij de ontlasting.
- Onverklaarbaar gewichtsverlies.
- Bloedarmoede.
- Aanhoudende ongemakken in de buik, zoals pijn, krampen en een opgeblazen gevoel.
- Loze aandrang, of het gevoel alsof de darm niet volledig wordt gelegeerd na de stoelgang.
- Aanhoudende vermoeidheid.



algemeen

Een onderscheiding voor Joke Leemhuis, oprichter van SPKS

COLOFON

Doorgang, Jaargang 21, nr 59, juni 2017
Doorgang is het driemaandelijks magazine van
SPKS (Stichting voor Patiënten met Kanker aan
het Spijsverteringskanaal).

KOPIJ

Kopij aanleveren op hoofredactie@spks.nl

SECRETARIAAT SPKS

Joyce Carels, secretariaat@spks.nl
Postbus 8152, 3503 RD Utrecht. IBAN:
NL47INGB0006842136 t.n.v. **SPKS**, Amersfoort.

BESTUUR

Voorzitter	André Willems
Secretaris	Josephien Rosendal
Penningmeester	Henk de Roode
Marketing & communicatie	Jolanda Thelosen
Vrijwilligers	Vacant

HET BELEIDSTEAM: Het bestuur vormt samen
met de groepscoördinatoren het beleidsteam.

GROEPSCOORDINATOREN

Alvleesklierkanker	Vacant
Darmkanker	Theo Elzinga
Maag & Slokdarmkanker	Marianne Jager, Joke Leemhuis en Liesbeth Timmermans

RAAD VAN ADVIES

Dr. Djamila Boerma, *HPB chirurg, St. Antonius*
Prof. Dr. C.H.J. van Eijck, *chirurg, Erasmus MC*
Prof. Dr. P. Fockens, *gastro-enteroloog, AMC*
Prof. Dr. E.J. Kuipers, *MDL-arts, Erasmus MC*
Prof. Dr. M.H.M. van der Linden, *klinisch psycholoog, VUmc*
Dr. M.R. Meijerink, *interventieradioloog, VUmc*
Prof. Dr. C.J.A. Punt, *medisch oncoloog, AMC*
Prof. Dr. P.D. Siersema, *gastro-enteroloog RadboudMC*
Prof. Dr. M. Verheij, *radiotherapeut-oncoloog NKI-AvL*
Dr. B. P.L. Wijnhoven, *G.i.chirurg, Erasmus MC*
Prof. Dr. J.H.W. de Wilt, *chirurg oncoloog, RadboudMC*

REDACTIE

Marie-Louise Brueren (*hoofredacteur*), Peter Craghs,
Ab Hermans, Marianne Jager en Gerda Schapers
Cartoonist: Fred Boer, www.aabcartoons.nl

VORMGEVING

MDesign Lelystad | tel. 0320 226896
E-mail info@mdesign.nl | www.mdesign.nl

CONTACT

Voor lotgenotencontact is **SPKS** bereikbaar via:
• Secretariaat SPKS 0880 02 97 75
• E-mail lotgenoten@spks.nl
• www.spks.nl en www.DarmkankerNederland.nl

© 2017 **SPKS**. Niets uit deze uitgave mag op
welke wijze dan ook worden overgenomen zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van de
redactie. Hoewel SPKS de grootst mogelijke zorg-
vuldigheid betracht inzake haar informatievoorzie-
ning, aanvaardt zij hiervoor geen aansprakelijk-
heid. Zie voor meer informatie onze websites.

ISSN 1879-7121

voorheen Stichting DOORGANG

Het is voor mij een eer
om hier bekend te
maken dat de oprichter
van onze stichting in
1995, Joke Leemhuis,
op 26 april jongstleden
in haar woonplaats
Groningen, hiervoor
een lintje
heeft ontvangen.



Joke Leemhuis

Als ik aan Joke denk, denk ik
aan haar belangeloze en plichts-
getrouwe inzet voor SPKS, voor-
heen Stichting Doorgang geheten.
Ikzelf ken haar sedert 2002.

Het ging SPKS niet altijd voor de
wind. We verloren veel van onze
vrijwilligers aan kanker, maar Joke
was en is nog steeds onze constan-
te factor. Ik kan niemand bedenken
die ik dat lintje, als bekroning voor
haar inzet, meer gun dan haar!

Wie meer over Joke wil weten,
zoals over haar motivatie, raad ik
aan om naar haar ervaringsverhaal
te kijken en te luisteren op onze
website:

[http://spks.nl/levenmetmaagkan-
ker/lotgenoten/ervaringsverhalen](http://spks.nl/levenmetmaagkan-ker/lotgenoten/ervaringsverhalen)
Ook werd ze voor Doorgang in
september 2013 geïnterviewd,
[http://spks.nl/publicaties/magazine-
doorgang](http://spks.nl/publicaties/magazine-
doorgang)

Tekst **Marianne Jager**



In Memoriam Jan van Rooij

Na 43 jaar in de bouw te hebben gewerkt, is Jan in augustus 2008 in de VUT gegaan.

Samen met zijn vrouw Tonnie genoot hij van uitstapjes en vakanties.

Zijn grootste hobby waren zijn dieren: kippen, herten en geiten. Ook kocht Jan in juni 2016 twee alpaca's, welke zijn grote trots waren. Daarnaast werkte Jan graag in de tuin en deed klusjes bij familie en vrienden.



Jan de Rooij

In februari 2014 sloeg het noodlot toe en werd alvleesklierkanker geconstateerd.

Op 9 april 2014 werd tijdens een negen uur durende operatie in het UMC te Utrecht de gehele alvleesklier verwijderd. Zijn herstel verliep voorspoedig en na drie maanden kon Jan zijn dingen weer langzaam oppakken.

Jan wilde graag wat betekenen voor mensen die ook door deze ziekte waren getroffen en besloot zich via SPKS hiervoor in te zetten. Hij werd groepscoördinator alvleesklierkanker.

Na ruim twee goede jaren kreeg Jan in de zomer van 2016 steeds meer moeite om op gewicht te blij-

ven en ging zijn conditie achteruit. In december werd bloedarmoede vastgesteld.

Allerlei onderzoeken volgden; de artsen konden niet duidelijk krijgen wat er precies aan de hand was. Op 27 februari jl. was een ziekenhuisopname noodzakelijk.

Waarschijnlijk is er in 2014 iets kleins achtergebleven, wat uiteindelijk toch weer tot iets kwaadaardigs is uitgegroeid. Dit is hem uiteindelijk fataal geworden en op 10 maart jl. is hij in het Catharina-ziekenhuis te Eindhoven overleden.

Naast zijn vrouw Tonnie laat Jan twee kinderen achter: Sandra en Jeroen. Wij wensen hen veel sterkte toe met het verwerken van hun verdriet.



Martine Luca

‘Witte raaf’ Martine Luca overleden

Martine Luca hoopte een witte raaf te zijn. Dat liet ze ons weten in Doorgang nummer 53. Ze had slokdarmkanker met uitzaaiingen in de lever. Aanvankelijk zag het er naar uit dat niemand haar een genezende behandeling wilde aanbieden. Gelukkig was er toch zowel in Nederland als in België een ziekenhuis waar men Martine een operatie aanbood. Aanvankelijk verliep alles

volgens plan tot ze mij in december liet weten last van hoofdpijn te hebben en daarvoor een behandeling te krijgen. Eerst leek de ernst van de situatie niet helemaal duidelijk. Helaas was het ernstig, heel ernstig...

Ze was voor mij een voorbeeld van ‘patiënt empowerment’. Ze werkte zelfs nog mee aan een artikel (Doorgang 56) over de uitbreiding

van het Kwaliteitsvenster van de NVZ. We herinneren haar als een dappere vrouw die behandelaars kon motiveren om voor haar het onderste uit de kan te halen.

Martine overleed op 5 april jl., op 62-jarige leeftijd. We wensen haar man en kinderen veel sterkte.

Tekst **Marianne Jager**

Voor, tijdens en na de operatie 'erbij' zijn

Anesthesie is veel meer dan verdoven...



*anesthesioloog Harry Naber,
Isala Klinieken in Zwolle*

Veel patiënten komen in aanraking met de anesthesioloog. Op zo'n moment is er nog vaak angst en onzekerheid. "Tijd voor een goed gesprek," zegt anesthesioloog Harry Naber van Isala Klinieken in Zwolle. Dat gesprek moet er toe bijdragen dat het vertrouwen van de patiënt groeit. Want dat 'akelige' verdoven is niet het hele verhaal. Naber neemt de tijd om het hele verhaal te vertellen. Heel rustig en bedachtzaam neemt hij op inzichtelijke wijze zijn werkterrein door. Hoofdelementen daarin: pre-operatief de patiënt voorbereiden, tijdens de operatie de patiënt goed in de gaten houden en post-operatief een bijdrage leveren aan het herstel. Daaronder valt ook de pijnbestrijding.

'Bij een hoger

Hb-gehalte verloopt

het herstel sneller'

Een heel wat bredere taak dan wel eens wordt gedacht. "Van belang is zeker de conditie van de patiënt voor de operatie. Je moet hem of haar echt heel goed uithoren," zegt Naber. "Hoe zit het met de medicatie. Zit daar bijvoorbeeld een antistolmiddel bij. Is er wel eens sprake van misselijkheid, zijn er lever- of hartproblemen? Maar ook het Hb-gehalte van het bloed is van groot belang. Je kunt iemand met een vorm van bloedarmoede niet zomaar gaan opereren. Is er bloedarmoede dan moet daar eerst iets aan worden gedaan. Dat kan dan door eventueel ijzertekort door middel van een injectie op te vijzelen. Vast staat dat bij een hoger Hb-gehalte het herstel van de patiënt sneller verloopt."

Bij een operatie treedt bloedverlies op

Naber: "Meestal denk je bij teveel bloedverlies aan een transfusie. Dat kan, maar ook bij transfusie kan er een

zekere afweerreactie optreden. Dus wil ik indien mogelijk een transfusie zo veel mogelijk vermijden. Het gaat er in ieder geval om dat iemand voldoende zuurstof in het bloed behoudt. Het uitgangspunt is dat bij een hoger Hb aan de start van een operatie, de patiënt meer bloed verliest aan kan zonder in de problemen te komen. "Ook iemands gewicht is van belang. Een mens beschikt over ongeveer 70 milliliter per kilo aan bloed. Een patiënt van 80 kilo zal dus ongeveer 5,6 liter ter beschikking hebben, maar iemand van 55 kilo zo'n 3,8 liter. Daarmee moet je ook rekening houden."

Om het bloedgehalte voor de operatie op een goed niveau te brengen worden naast ijzerinjecties ook positieve resultaten gemeld bij het gebruik van EPO (red.: het hormoon erythropoëetine stimuleert de productie van rode bloedcellen in het beenmerg en verhoogt het zuurstof-

transporterende vermogen van het bloed). “Maar het gaat er dus om dat iemands bloedsamenstelling een bijdrage moet kunnen leveren aan herstel.” Zo is er ook een techniek in gebruik waarbij het verloren bloed wordt opgevangen, gefilterd en weer terug gesluisd in de bloedsomloop. Er is veel discussie hierover bij kankeroperaties omdat het opgevangen bloed ook kankercellen kan bevatten.

“Alle genoemde factoren zijn van invloed op de conditie van de patiënt en hoe je die kan verbeteren. Wat je pre-operatief al kunt vermijden moet je ook aanpakken. Dat betekent dat je vooraf met de patiënt een goed gesprek voert om risico’s zoveel mogelijk te vermijden. Overigens: de risico’s van anesthesie voor patiënten zijn beslist veel kleiner dan die in het verkeer...laat dat duidelijk zijn.”

Veranderende operatietechnieken

“Er hebben inmiddels veel meer laparoscopische ingrepen plaats. Minder bloedverlies dus, maar ook een doorgaans sneller herstel van de patiënt. Dat is winst. Het betekent ook dat de aanpak van pijnstilling mee verandert. En deze tendens zet zich voort. Maar er zijn wel meer zaken veranderd. Dankzij de automatisering weten we op dit moment sneller hoe een patiënt ervoor staat. In de anesthesie werken we met twee technieken: de intraveneuze verdoving en het ‘slaapgas’. Het is overigens nog steeds niet duidelijk wat het effect van het gebruik van deze technieken is op de overlevingscurve van patiënten. Dat blijft vooralsnog onderwerp van onderzoek.”

Een patiënt ziet zoveel veel artsen en andere verzorgenden

Naber: “Dat is onvermijdelijk. Er is doorgaans een ‘hoofdbehandelaar’ bij

wie een patiënt met enige regelmaat, bij voorbeeld voor controle, terug komt. Het gebeurt wel dat je als anesthesioloog iemand na het intakegesprek niet meer terugziet omdat bij een operatie een collega

dienst heeft. Maar die is dankzij het digitale dossier ook op de hoogte van het wel en wee van deze patiënt. De taken zijn verdeeld en het is zaak dat daarbij goede communicatie een rol speelt. Elke arts die is betrokken bij de behandeling van een bepaalde patiënt kan zich te allen tijde op de hoogte stellen van de stand van zaken en zo nodig adviezen op de juiste plek inbrengen. Die bereiken dan ook altijd het multidisciplinair overleg (MDO).”

“Binnen de groep specialisten zie je ook een verdeling naar de soorten van behandelingen. We onderscheiden in ons ziekenhuis voor de anesthesie een vijftal hoofdgebieden: Cardioanesthesiologie, Intensive Care, Pijn, Kinderen en Algemeen. De laatste groep is weer onderverdeeld in o.a. maagdarmliever, vaten en neurochirurgie. Allemaal met hun eigen aanpak. Maar het is dus logisch dat je niet elke keer binnen jouw behandelingstraject dezelfde anesthesioloog terug ziet. En dat geldt ook voor andere specialisten.”

Ook pijnstilling verandert mee met de operatietechnieken

“Dat ligt voor de hand. Een laparoscopische ingreep vraagt een andere aanpak dan een ‘open buik’-operatie. Er is geen sprake van grote operatiewonden en – als gezegd – het



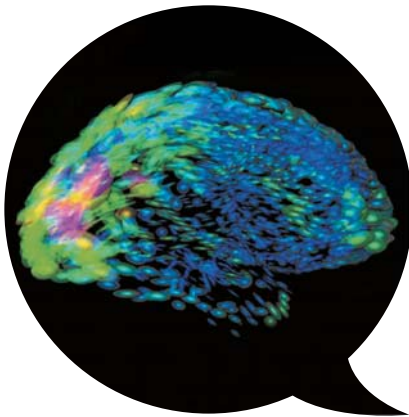
herstel gaat sneller. Maar we weten dat pijn stress veroorzaakt. Dat beïnvloedt het immuunsysteem. Behandeling met morfine kan remmend werken op de zogenoemde Natural Killer cellen (red. NK-cellen spelen een rol bij tumorherkenning en het remmen van de vorming van nieuwe metastasen). Dit zijn allemaal factoren waarmee we rekening moeten houden. Van belang is uiteraard dat we na een operatie een goede ‘feeling’ met de patiënt houden. Speciaal daarvoor opgeleide verkoevers verpleegkundigen begeleiden patiënten ook op de afdeling waar het gaat over de pijnbestrijding. Zoals oncologieverpleegkundigen gedurende het gehele proces van een oncologische behandeling paraat zijn als steun en toeverlaat van de patiënt.”

Interview **Peter Craghs** | foto's **Hanneke Bloem Fotografie**

En dan nog dit: Een cryptogram in de Volkskrant dat ik enige maanden geleden tegenkwamen, luidde: ‘Onder narcose brengen’. De oplossing was: ‘Maken dat je weg komt.’ Na ons gesprek kreeg deze crypto voor mij een echte dubbele bodem. Immers, de anesthesist kan je inderdaad ‘weg’ maken, maar hij draagt er mede toe bij dat je snel weer weg bent uit het ziekenhuis... (pc)

Goed excuus bij vergeetachtigheid

Chemobrein ongewenst effect van behandeling



Onder kankerpatiënten is het een standaard grapje: als je iets vergeten bent komt dat door je 'chemobrein'. Altijd een mooi excuus. De term, las ik ergens, is zelfs ooit bedacht door patiënten. Kijk eens aan, wij kunnen ook aandoeningen 'verzinne'. Gelukkig zijn onderzoekers de laatste jaren toch maar eens aan de gang gegaan met dit verschijnsel. Wat zijn de mechanismen waarmee het werkt, wie lopen de meeste risico's? Bestaat het echt?

Een chemobrein is een verschijnsel dat door veel kankerpatiënten wordt ervaren tijdens chemokuren: je hebt het gevoel dat je niet meer in staat bent helder te denken, je kunt je niet meer concentreren op taken en het lijkt alsof je geheugen totaal van de leg is. Ook na de chemo blijf je er last van houden. Lastig? Uit ervaring kan ik u vertellen dat het de kwaliteit van leven behoorlijk beïnvloedt.

Stoppen met chemo

Een reden voor mij om te stoppen met chemo was het feit dat ik niet aan het werk kon en daar doodongelukkig van werd. Dat ik niet kon lezen, me niet kon focussen weet ik op de eerste plaats aan de psychologische klap die ik had gekregen door de diagnose Darmkanker stadium IV. Ongeneeslijk ziek, nog twee jaar te leven, dat zet je leven toch wel even op de kop. Ik besloot de laatste jaren met zoveel mogelijk kwaliteit door te brengen en stopte (overigens in overleg met mijn oncoloog) voorlopig met de chemokuren. En ik keek ernaar uit weer les te gaan geven. Mijn vak en mijn hobby.

De misselijkheid en de moeheid verdwenen snel nadat ik stopte met de chemo dus ik ging weer aan het werk. Al snel ontdekte ik dat er iets mis was. Normaal weet ik binnen een uur de namen van mijn nieuwe studenten, schud ik de te behandelen theorie uit mijn mouw en multitasking is nooit een probleem. Maar dat lukte niet meer, het leek alsof mijn denkprocessen vertraagd waren, mijn hoofd bleef bewolkt. Dat het gevolgen waren van mijn ziekte en de medicijnen, daar twijfelde ik niet aan. Nou ja, ermee leren leven dan maar. Ik ontwikkelde allerlei hulpmiddelen om toch goed te kunnen functioneren. Pas maanden later las ik voor het eerst over dit verschijnsel: chemobrein bleek geen grapje maar een echte bijwerking van de chemo. Ik had de klassieke symptomen van een chemobrein: Cognitieve veranderingen die zijn gekoppeld aan de behandeling van kanker. Meestal ervaren als problemen met concentratie, geheugen, multitasking en plannen. Deze symptomen worden meestal eerst duidelijk tijdens chemotherapie (vandaar de naam), bij ongeveer

'Chemobrein: geen

grapje maar een

bijwerking van chemo'

20% van de patiënten. Soms blijven ze ook na afloop van de behandeling bestaan. En opeens zag ik, terugkijkend op de eerste maanden van mijn ziekte, waar ik voornamelijk last van had gehad.

Blijvende schade

Nieuwsgierig als ik ben volg ik de studies die worden gedaan. Studies met fMRI (functionele Magnetische Resonantie Imaging) hebben structurele afwijkingen van de hersenen gevonden bij patiënten die behandeld zijn met chemotherapie. Zelfs nog jaren na de behandelingen. In een studie met behulp van PET-scans (Positron Emission Tomography imaging), bij borstkanker overlevers die in de 5-10 jaar ervoor chemotherapie hadden gekregen bleek de functie van hun geheugen veranderd. Het korte termijngeheugen had meer hersenruimte nodig dan bij patiënten die nooit chemo hadden gekregen: een teken dat de hersenen van de eerste groep harder moeten werken om taken te voltooien. Ik herken dat, voor mij houdt dat in: mindmaps maken van boeken en artikelen, plattegrondjes met namen van mijn studenten, geeltjes op mijn PC etc. Eerdere studies over cognitief functioneren na chemotherapie van patiënten gaf aan dat bij het aantal overlevers blijvende schade aan de hersenen varieert van 17% tot 75 %.

Afhankelijk van de soort chemo en de lengte van de behandeling.

Andere invloeden

Het meest recente onderzoek laat zien dat niet alleen chemotherapie als de 'dader' aangewezen kan worden. Toen onderzoekers startten met een onderzoek naar het cognitieve functioneren van kankerpatiënten, zowel vóór als na de chemotherapie, werden zij verrast. Bij het vooronderzoek werden bij 20 à 30% van de pa-

tiënten lagere cognitieve prestaties gemeten dan je mocht verwachten op basis van hun leeftijd en opleiding. Latere studies toonden consequent vergelijkbare resultaten.

Dr. Tim Ahles, (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center) maakt studie van het verschijnsel 'Chemobrain'. Hij zegt: "Bijna niemand die wordt behandeld voor kanker krijgt alleen chemotherapie. Andere aspecten van de behandeling zijn mogelijk even belangrijk voor veranderingen in het functioneren van je hersenen." Ahles en zijn team analyseren momenteel de gegevens uit een grotere studie, kijken naar de rol van variaties in het DNA, met betrekking tot de ontwikkeling van aan kanker gerelateerde veranderingen in de hersenen. Het zou kunnen zijn dat patiënten met een genetische aanleg voor Alzheimer (herkenbaar aan een bepaald gen) meer aanleg hebben voor het ontwikkelen van een chemobrain. Ook onderzoeken zij de mogelijke invloed van andere behandelingen (chirurgie, bestraling). Cellen die beschadigd zijn lijken een verminderd vermogen hebben om te herstellen, wat weer een risico geeft op een Chemobrain.

Ahles wijst ook op het belang van de kankerbiologie, daar is het begrip van tumorbiologie essentieel om relevante informatie uit 'high throughput'* gegevens te halen die we al hebben. Met high-throughput analyse kunnen grote hoeveelheden biologische gegevens worden gegenereerd, waarin vervolgens naar patronen kan worden gezocht.

Patricia Ganz van het UCLA In Los Angeles doet dat en vermoedt dat

ontstekingen ook een rol spelen bij het ontwikkelen van een chemobrain.

Ganz: "Veel behandelingen van kanker, met inbegrip van chirurgie, straling, chemotherapie en immunotherapie, verhogen de kans op ongecontroleerde ontstekingen. Ook vermoeidheid na de behandelingen kunnen we koppelen aan beschadigde genen die dit veroorzaken. Het heeft te maken met genen die het immuunsysteem reguleren en ons onderzoek richt zich erop of die verstoring van het immuunsysteem ook bij de ontwikkeling van cognitieve klachten betrokken is."

Behandeling

Onderzoek naar behandelingen voor chemobrain is nog steeds in een zeer vroeg stadium. Enig bewijs suggereert dat medicijnen die het centrale zenuwstelsel stimuleren de bijwerkingen kan verminderen. Sommige patiënten hebben baat bij Adderall (dextroamfetamine en amfetamine). Zelf heb ik het idee dat een goede nachtrust en geen alcohol mee drinken veel hebben verbeterd. Het stoort me wel dat kanker-gerelateerde problemen met geheugen en denken, dat wat we nu de chemobrain noemen, vaak afgedaan worden als 'peanuts'. Voor mij bijvoorbeeld is een cognitieve gezondheid net zo belangrijk, of misschien wel belangrijker dan de gezondheid van de rest van mijn lijf.

Bron: **Eleanor Mayfield** "Chemobrain: delving into possible mechanisms" in Cancer World

High throughput screening is het tegelijkertijd snel uitvoeren van een groot aantal testen. Er worden met robotachtige machines uit tal van verschillende chemische bouwstenen allerlei combinaties gemaakt. Vervolgens wordt (alweer geautomatiseerd) onderzocht welke van die moleculen voor een bepaald doel (een effect van een geneesmiddel bijvoorbeeld) geschikt zijn.

Nog lang geen einde aan de hype

Darmflora krijgt terecht steeds meer aandacht



Aletta Kraneveld, hoogleraar farmacologie
aan de Universiteit Utrecht

Het rijke bacterieleven in de darm wordt in verband gebracht met van alles en nog wat, van overgewicht tot depressie en Alzheimer. Als je alle beweringen goed bekijkt, hoeveel wetenschap blijft er dan over? Ze zijn met tien biljoen en ze bepalen uw leven, als we de vele onderzoeken mogen geloven. Autisme, Parkinson, kanker, diabetes en natuurlijk het lichaamsgewicht; er is weinig waarvoor onze darmbewoners níet verantwoordelijk zouden zijn.

Die bacteriën, die samen met virussen en schimmels de darmflora of het microbiom vormen, spreken tot de verbeelding. De verbeelding van onderzoekers, omdat het een nog grotendeels onontgonnen wetenschapsgebied is. En de verbeelding van de consument: met voeding en probiotica-yoghurtjes is ieders darmflora namelijk langzaam te veranderen, is het idee.

Met wekelijks een batterij aan nieuwe studies in toptijdschriften mag je de darmflora gerust hot noemen. Zal de geneeskunde over tien jaar bijna al haar pijlen op de darm richten? Of is dit een hype

die zo weer overwaait?

"Ik geloof echt dat dit onderzoeksveld

nog veel groter gaat worden", zegt

Aletta Kraneveld, hoogleraar farmacologie aan de Universiteit Utrecht. Hoewel de invloed van de darm met al zijn bewoners complex is, zijn er wel een paar zaken waarvan experts zeker zijn.

Witte bloedcellen doen slim werk

Om te beginnen is er bijvoorbeeld de invloed van darmbacteriën op het immuunsysteem.

Kraneveld legt uit dat vrijwel alle witte bloedcellen, de 'politieagenten' van de bloedbaan, op enig moment langs de darmen komen. Die witte bloedcellen leren in de loop van hun bestaan wat goede en slechte stoffen zijn, welke ze aan moeten vallen en welke ze met rust moeten laten, op basis van wat ze tegenkomen. Als ze op hun partrouille al die bacteriën in het darmkanaal passeren, beïnvloedt die kennismaking hun gedrag daarna. "En dan maakt het voor het functioneren van het immuunsysteem dus uit hoe die darmflora is samengesteld."

Er lijkt daarmee een sterk verband tussen bacteriepopulaties en allergieën. "Bij een allergische reactie reageert het afweersysteem overgevoelig op zaken die geen gevaar vormen, zoals pinda's of stuifmeelkorrels. Dat die witte bloedcellen dat 'geleerd' hebben tijdens het

Witte bloedcellen zijn

de 'politie-agenten

van de bloedbaan



contact met de darmen is een hypothese waar ik sterk rekening mee houd." Kraneveld staat met twee benen in dit onderzoeksveld. Graven in mensenontlasting doet ze echter niet. "Het probleem is dat onze hypothesen - bijvoorbeeld die over het immuunsysteem - lastig in de mens te onderzoeken zijn. Mensen verschillen onderling al erg van elkaar, maar zelfs in één persoon zul je op verschillende tijdstippen verschillende bacteriesamenstellingen vinden."

Inzet van muizen onontbeerlijk

De darmflora kent namelijk een soort dag-nachtritme. Menselijke ontlasting ziet er 's ochtends anders uit dan 's avonds. "Je kunt proefpersonen moeilijk dwingen hun behoefte elke dag op hetzelfde moment te doen. En dat is wél wat je wilt in onderzoek: alles zo precies mogelijk naast elkaar leggen."

De onderzoekster richt zich daarom op muizen. "We kunnen dan zelf bepalen hoe laat we ze aan een darmonderzoek onderwerpen." En

ook niet onbelangrijk: de muizen lijken allemaal erg op elkaar. Ze zitten in dezelfde hokken, krijgen hetzelfde te eten en zijn zelfs gefokt om genetisch op elkaar te lijken.

Darmen gezond, jij gezond

En als je dan met dit soort optimale proefsubjecten werkt, dan zie je waarom de wetenschap belangstelling heeft voor darmflora's. Waar bij mensen de relatie tussen gezondheid en darmpopulaties grillig in beeld komt, biedt de overzichtelijke muis een inkijkje in wat voor relaties er kunnen bestaan.

Autistische muizen - verkregen door hun moeder tijdens de zwangerschap een medicijn met bijwerkingen te geven - hebben volgens Kraneveld een andere darmflora dan gezonde soortgenoten. Zet ze op een dieet van omega-3 vetzuren, en ze knappen op, vertonen minder repetitief en sociaal verstoord gedrag. Nu hun darmen gezond zijn, zijn zij zélf weer gezond, is het idee.

Bron: **Masterclass NieuweZorg**

**Nu hun darmen
gezond zijn,
zijn zij zélf
weer gezond!**

Azurion platform operationeel na testen in Vumc en elders

Digitale operatiekamer nu binnen handbereik

De ‘digitale operatiekamer’ is binnen handbereik. Eind februari werd het Azurion platform officieel gelanceerd. Azurion is een platform voor beeldgestuurde medische behandelingen, en bestaat uit apparatuur, software en services. Het VUmc is een van de vier Nederlandse ziekenhuizen waar de nieuwste technologie in een hybride operatiekamer gebruikt wordt.

Het platform werd ontwikkeld samen met specialisten in twintig internationale ziekenhuizen, om het systeem te optimaliseren voor gebruik in de praktijk. In Nederland test Philips het Azurion platform sinds medio 2016 met het VUmc, het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht, het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein en het Isala ziekenhuis in Zwolle. De apparatuur wordt in Nederland geproduceerd, nabij de HighTech Campus in Eindhoven.

“Met Azurion komen software, services en apparatuur samen in de operatiekamer,” aldus Frans van Houten, CEO van Philips. Voor

Philips speelt software een steeds belangrijkere rol om medische beelden te analyseren, te integreren en informatie uit verschillende databronnen te halen. Van

Houten vergelijkt de nieuwe generatie technologie voor beeldgestuurde operaties met de overgang naar de smartphone: “Het is alsof je van een gewone telefoon naar een smartphone gaat, met allerlei apps en toepassingen.”

Minimaal-invasieve behandeling

Als het kan, maken artsen het liefst gebruik van zogeheten minimaal invasieve interventies, zodat patiënten sneller herstellen na een ingreep. Bij minimaal-invasieve behandelingen wordt door middel van kleinere incisies en het gebruik van kijkinstrumenten, zo min mogelijk schade toegebracht aan de omliggende weefsels en organen die niet worden behandeld of geopereerd. Bijvoorbeeld bij de behandeling van bepaalde tumoren, vernauwde bloedvaten, hartritmestoornissen of hartklepafwijkingen.

Tijdens zulke behandelingen kan de arts de organen niet direct zien of voelen, omdat hij of zij vaak met een kijkinstrument werkt. Daarom zijn beeldvormings-, meet- en navigatietechnologieën nodig bij minimaal invasieve ingrepen, om organen en weefsels zichtbaar te maken en de plaatsing van bijvoorbeeld implantaten te visualiseren.

‘TomTom’ voor het lichaam

Boven de operatietafel in de hybride operatiekamer van het VUmc hangt een enorm beeldscherm. Met de tablet naast de tafel kan de spe-

Software, services en

apparatuur komen samen

in de operatiekamer

cialist navigeren, eerdere gemaakte beelden opvragen, scans met elkaar vergelijken en 3D-visualisaties tonen op het grote scherm. Rutger Lely, interventieradioloog bij het VUmc, noemt het systeem 'een soort TomTom voor het lichaam'. "Azurion helpt ons enorm met navigeren in het lichaam," aldus Lely. "Je kijkt als het ware door het lichaam heen."

Het platform combineert verschillende technologieën die Philips eerder ontwikkelde, waaronder planings- en navigatiesoftware voor oncologie, vaatchirurgie en neuro-radiologie. Azurion koppelt daarnaast alle beelden (CT-scans, MRI, röntgen) aan het elektronisch patiëntendossier van een patiënt. Zo heeft een specialist alle informatie beschikbaar aan de operatietafel.

Arjan Hoksbergen, vaatchirurg in het VUmc: "Voordat deze hybride operatiekamer in gebruik werd genomen, moest ik tijdens een operatie naar de gang lopen om beelden op te vragen, of achter me op een beeldscherm kijken, terwijl je bezig bent met een patiënt die voor je op de operatietafel ligt. Dit systeem

werkt veel intuïtiever." Het touchscreen naast de operatietafel is met handschoenen aan te bedienen.

Azurion wordt zowel bij routine ingrepen als bij complexe behandel- ingen ingezet

en, en heeft een speciale, antibacteriële coating. Je kunt in- en uitzoomen, net zoals bij een tablet.

Testen in de praktijk

Het VUmc startte in 2015 met de bouw van drie nieuwe operatiekamers, waarvan twee hybride operatiekamers met de nieuwste beeldvormende apparatuur van Philips. In februari werden de nieuwe operatiekamers in gebruik genomen. Azurion wordt zowel bij routine ingrepen als complexe behandelingen ingezet.

Een groep specialisten van het VUmc testte Azurion, zowel bij routine-ingrepen als bij complexe be-

handelingen. In de hybride operatiekamers in het VUmc hoeven artsen een patiënt niet de operatiekamer uit te rijden als ze een röntgenfoto of CT-scan willen maken: die techniek zit verwerkt in het Azurion platform. Groot voordeel volgens de specialisten is dat er bij de geavanceerde beeldtechnologie minder straling of contrastvloeistof nodig is om nieuwe beelden te maken bij patiënten. Waar patiënten bij traumachirurgie voorheen naar een andere operatiekamer moesten worden gereden, kunnen verschillende behandelingen en beeldvorming nu in één operatiekamer plaatsvinden.

Spotify luisteren

Azurion biedt ook planningssoftware, die specialisten helpt om de workflow te optimaliseren. Artsen kunnen hun eigen gebruikersvoorkeuren en gangbare taken opslaan zodat ze bepaalde beelden en dashboards automatisch te zien krijgen. Zelfs e-mail of Spotify zijn via het Azurion platform te gebruiken in de operatiekamer – zodat de chirurg zijn of haar favoriete playlist op kan zetten.

Met de reeks aan medisch-technologische innovaties, software en

services die samenkomen in Azurion hoopt Philips zijn positie in de markt voor beeldgestuurde behandelingen te vergroten. De wereldwijde markt voor beeldgeleide interventies vertegenwoordigt volgens Philips een totale waarde van 5 miljard euro.

Verkorte weergave van een artikel van Frederieke Jacobs in Technologie Trending



Groene Dokter



Schelto Kruijff, onze nieuwe columnist, is oncologisch chirurg en werkzaam in het Universitair Medisch Centrum in Groningen. Schelto is getrouwd, heeft vier kinderen in de leeftijd van vier tot en met tien jaar. Naast zijn vak, houdt hij van sporten en buiten zijn.

Hoe graag ik ook eigenzinnig of autonoom zou willen over komen over mijn beroepskeuze. Hoe graag ik ook had willen vertellen over mijn zeer vroege ambitie om dokter te worden. Hoe graag ik ook had willen vertellen dat mijn idealen zo sterk waren om mensen te willen genezen dat ik na lang vier maal uitloten uiteindelijk mijn doel bereikt had.

Helaas, zo is het niet.

Ik ben een telg uit een medisch geslacht. Ik vertegenwoordig de derde generatie dokters na een huisarts als opa en een gynaecoloog als vader en dan nu ... een oncologisch chirurg. Ik had geen keuze, ik kon gewoon niets anders.

Ik vind persoonlijk mensen met zo'n hoog Lance Armstrong gehalte een beetje eng. Hoe kun je een ideaal hebben te weten wat je wil worden als je het nog nooit dokter geweest bent?

Nee, zelf heb ik mijn vroege leven een ernstige poging gedaan om geen dokter te worden. Alle klaagpraatjes op de familie dag (ik had vrijwel geen ooms of tantes die niet in de zorg zaten) motiveerden mij intens om iets heel anders te gaan doen. Mijn passie lag ook helemaal niet in de geneeskunde, noch had ik de ambitie om alle mensen op deze aardbol te genezen. Van jongs af aan lag mijn passie veel meer op het gebied van milieu en de klimaatproblematiek. Vol optimisme na een jaar reizen om de wereld begon ik eraan. Ik wilde liever de aarde zelf genezen. Eerst biologie twee jaar en dan milieukunde. Dat was het plan.

Een soort groene dokter. 'Doctor planet earth'. Helaas; jammerlijk gefaald. Dag in dag uit stond ik regenvormen te ontleden, na te tekenen en door een microscoop te turen. In mijn eentje. De aspirant mede biologen om mij heen communiceerden eigenlijk weinig en wanneer ze het deden ging het over welke computer ze net gekocht hadden. Het was een sociale en communicatieve woestenij. Afzien. Uit het verkeerde hout gesneden. Het hout bleek doktershout. Het is domweg het enige wat ik kan. Mensen fascineren mij. Hoe ze omgaan met hun ziekte, hoe flexibel ze zijn en zich aanpassen en uiteindelijk weer een nieuwe weg weten te vinden. Het vak zelf, de kunst, de trucjes. Ook zeer boeiend 'wat die dokters tegenwoordig allemaal kunnen' maar nooit zo boeiend als de patiënten zelf. Ik krijg dagelijks gratis onderwijs van mijn patiënten en word dank zij hen op een dag misschien ooit nog wel zelfs een wijs mens.

Laatst was het voor mij weer het onomstotelijke bewijs. Ik had eindelijk een dag vrij en had afgesproken naar

de voorstelling van mijn zoontje te gaan. Heerlijk in het zonnetje sjokte ik wat later dan normaal naar de school om het spektakel bij te wonen. De telefoon ging; de secretaresse van de poli vroeg zich af waar ik bleef. De patiënten stonden te wachten... Een planningsfout...?

Vloekend ging ik op de fiets ongeschoren naar mijn polikliniek. Helaas heeft mijn vader in een boek wat ik voor mijn afstuderen heb gekregen voorin gezet: 'Laat een patiënt nooit wachten'. Kortom, de patiënt eerst en daarna mijn zoontje van 7. Sombegon ik aan mijn polikliniek.

De deur gaat open en de nieuwsgierigheid slaat weer toe. Ik voel de energie weer binnen stromen. Wie zou dit zijn, wat is het probleem, hoe kunnen we het oplossen. Intensieve gesprekken met mensen die allemaal een soort boek met verhalen zijn.

Aan het einde van de dag als ik naar huis fiets besef ik: voor mij is dokter worden helaas nooit een keuze geweest. Ik ben er gewoon een.

Regel het met je computer

Patiënten hebben geen idee wat er met eHealth kan

**Gemakkelijk je zorg regelen,
afspraken maken of een 'doktersbezoek'
via de computer: dat kan
allemaal met eHealth-diensten.**

**Veel mensen weten niet dat dit mogelijk is,
terwijl dit al bij veel (huis)artsen kan.**

Er is al een redelijk aanbod van online diensten, vooral bij de huisarts, maar toch weten de meeste mensen niet wat er kan. Ook houden mensen vast aan oude gewoontes, zoals bellen voor een afspraak. Artsen bieden hun patiënten langzaam maar zeker meer mogelijkheden voor online inzage in hun medische gegevens, vooral voor voorgeschreven medicatie.

Ook online psychologische hulp zet door: bijna alle GGZ-praktijkondersteuners zijn positief over eMental Health en 92% werkt ermee, al gaat het nog om een klein deel van de patiënten.

Gemak en tijdsbesparing

De voordelen van eHealth blijven helaas nog voor een groot deel on-

benut, terwijl het niet altijd nodig is om zelf echt bij de dokter aanwezig te zijn. Online consulten, het online bestellen van herhaalrecepten en online maken van

een afspraak, maken het makkelijker om zorgzaken te regelen. Je kan je beter voorbereiden op een gesprek met een arts wanneer je via je computer toegang hebt tot je eigen dossier en dit voor het gesprek

kan inzien en bestuderen. Je kan zaken nog eens rustig doorlezen en e.e.a. met een volgende zorgverlener bespreken. Ook een nieuwe arts kan zich beter voorbereiden op een gesprek als hij up-to-date informatie heeft over wat de patiënt aan eerdere zorg heeft gehad op andere plekken of bij andere artsen en medici.





Juist bij vermoeidheid

Meer bewegen bij kanker helpt

Als u kanker hebt en daarvoor behandeld wordt, is de kans groot dat u door de combinatie van de ziekte en de behandeling vermoeid raakt. Veel rust lijkt dan beter dan fysieke inspanning. Toch blijkt in veel gevallen het tegendeel waar. Juist door meer te bewegen bij kanker, of zelfs te sporten, bestrijdt u die vermoeidheid effectiever. In dit artikel leggen we uit hoe dat zit.



Het Nationaal Fonds tegen Kanker zet zich er voor in dat mensen met kanker een zo compleet mogelijke kankerzorg krijgen. Voor het NFTK is die zorg pas compleet als ook voeding, beweging en welzijn deel uitmaken van de behandelplannen.

Wie bij de diagnose kanker een redelijk goede conditie en voldoende spiermassa heeft, zal een chemokuur of bestraling beter kunnen doorstaan. Ook komt uit onderzoek naar voren dat wie tijdens de behandeling lichamelijk actief blijft, positieve gezondheidseffecten ervaart. Zo is chemotherapie beter te verdragen als u voldoende blijft bewegen. En u verkleint daarmee ook het risico op voortijdig stoppen van de behandeling. In geval van een operatie wordt het herstel bespoedigd als u fysiek actief bent – zowel vóór als na de ingreep. Helpt u mee om mensen met kanker te laten sporten?

Vermoeidheid bestrijden

Vermoeidheid is een van de meest voorkomende klachten bij kanker. Zo'n 85 procent van de kankerpatiënten krijgt ermee te maken. Niet alleen de ziekte zelf put uit, maar ook de behandeling vraagt veel van het lichaam. Bovendien kunt u uw eetlust verliezen en dat draagt evenmin bij aan het behoud van energie. De vermoeidheid die door dit proces ontstaat, kan nog jaren na een behandeling aanhouden.

Een voor de hand liggend antwoord op vermoeidheid is rustig aan doen. Tegenwoordig denkt de medische wereld daar anders over. Door voldoende te bewegen bij kanker, of zelfs te sporten, kunt u uw moeheid aanzienlijk terugdringen. Belangrijk daarbij is ook dat u er zo snel mogelijk na de diagnose mee begint.

De voordelen van bewegen

Lichamelijk actief zijn bij kanker heeft verschillende positieve effecten. We zetten ze hier op een rijtje.

- Het helpt om u minder moe te voelen.
- Als u meer energie hebt, kunt u beter de alledaagse dingen blijven doen.
- Bewegen of sporten zorgt voor afleiding en ontspanning. Goed voor uw mentale conditie.
- De behandeling geeft minder bijwerkingen.
- Na de behandeling treedt er sneller herstel op.

Er zijn dus de nodige voordelen. Maar als kankerpatiënt zult u zich mogelijk wel afvragen: hoe pak ik het aan? Wat kan ik in mijn geval het beste doen en waar ligt de grens?



Professionele begeleiding

Als kankerpatiënt kunt u natuurlijk gewoon beginnen met bewegen en daarmee zelf direct bijdragen aan een succesvollere behandeling. Het NfTK geeft er echter de voorkeur aan dat mensen met kanker worden begeleid door een in kankerzorg gespecialiseerde fysiotherapeut. Verschillende Nederlandse ziekenhuizen bieden momenteel dit soort begeleiding aan. Als u deelneemt aan een bewegingsprogramma, wordt er voor u uitgezocht welke inspanning u in welke fase aankunt. De fysiotherapeut zal de duur, de intensiteit en de aard van het bewegingsprogramma steeds weer zorgvuldig afstemmen op uw mogelijkheden van het moment. Ook een licht programma kan al helpen om vermoeidheid en andere klachten te doen verminderen.

Vraag om advies

Als uw behandelaar niet over een bewegingsprogramma begint, vraagt u er dan zelf naar. Mogelijk kan het ziekenhuis u deze fysiotherapeutische zorg op maat gewoon bieden.

Ook adviseren wij u te informeren

naar de inzet van een diëtist bij uw behandelplan. Juist de combinatie van voedingsadviezen en een bewegingsprogramma kan wezenlijk bijdragen aan het behoud of verbeteren van uw conditie. Voordat u aan een bewegingsprogramma deelneemt, is het van belang om bij uw ziektekostenverzekeraar te informeren naar de vergoedingen voor een dergelijke behandeling.

Ons streven

De Nederlandse kankerzorg geldt als een van de beste ter wereld. Maar dat is voor het NfTK geen reden om achterover te leunen. Zolang er jaarlijks zo'n honderdduizend mensen de diagnose kanker krijgen en er in een jaar tienduizenden aan de ziekte overlijden, is het nodig de kankerzorg verder te verbeteren: met behandeltrajecten waarin voeding, beweging en welzijn een vaste plaats hebben. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat een bredere zorg het perspectief en de levenskwaliteit voor mensen met kanker vergroot. En daar knokken we voor.

Tekst **NfTK**, Nationaal Fonds tegen Kanker



De folder over 'Het belang van bewegen bij kanker' van het Nationaal fonds tegen kanker kunt u op de volgende site lezen: www.tegenkanker.nl/wp-content/uploads/2017/02/bewegen-bij-kanker.pdf



Rol van voeding wordt nog te vaak onderschat

Onvoldoende contact tussen medische en voedingswereld

In tijden waarin de kosten voor gezondheid stijgen en mensen steeds meer zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid, wordt het tijd dat twee gescheiden werelden elkaar beter leren kennen: de medische en de voedingswereld. Vooral in de oncologie is een wereld te winnen met het combineren van de vigerende behandelmethoden – chirurgie, bestraling, chemotherapie en meer recent immunotherapie – met voeding.

Voedingsleer was een van de drie pijlers van de traditionele Chinese geneeskunst en stond ook centraal in de geneeskunst van de oude Grieken, maar is in het westen buiten beeld geraakt. Deels is dat te danken aan de vlucht die wetenschap en techniek hebben genomen, waardoor de behandelmethoden steeds effectiever zijn geworden. En deels is het te danken aan het feit dat voedingsleer in de hoek van de alternatieve geneeskunde is terechtgekomen. Daar zijn óók charlatans te vinden die ongefundeerde medische claims hebben gelegd op het kunnen genezen van kanker. En dat dan zonder gebruik te maken van traditioneel medische behandelmethoden.

Dit doet echter onrecht aan de recente wetenschappelijke inzichten vanuit de biochemie in de invloed van voeding op celniveau en het functioneren van ons lichaam in het algemeen. De 'evidence base' over de interactie van voeding en kanker is de laatste jaren sterk gegroeid. Er zijn inmiddels al meer dan 2.500 empirisch-wetenschappelijk verantwoorde studies naar de

correlatie tussen voeding, kanker en kankerbehandelmethode(n) (zoals specifieke chemokuren) in serieuze wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd.

Overlevingskansen

Er is sterk bewijs dat de overlevingskansen stijgen als naast een medische behandeling een aangepast en op maat gesneden dieet wordt gevolgd. De kern van zo'n

Interactie tussen voeding en kanker is 'evidence based'

dieet bestaat eruit de kankercellen zo min mogelijk van voedsel te voorzien en de natuurlijke afweer van het lichaam tegen kanker door voeding en voedingssupplementen zoveel mogelijk te versterken. Kort door de bocht moeten dierlijke eiwitten, dierlijke vetten, suiker en wit meel worden vermeden ten fa-

veure van veel groente, fruit, vette vis, plantaardige olie en het immuunsysteem bevorderende supplementen. Op het internet bestaan veel sites die menusuggesties doen op basis van dit gedachtegoed (google bijvoorbeeld 'recepten tegen kanker'), maar het is de vraag in hoeverre deze gebaseerd zijn op de laatste inzichten.

Het is hoog tijd dat de medische wereld en de wereld van voeding weer bij elkaar komen, want wat voor de oncologie geldt, geldt evenzeer voor andere medische disciplines. Dit kan door in multidisciplinaire teams te werken en een actieve dialoog tussen beide professies te stimuleren. Hier is wel het een en ander voor nodig.

Allereerst een mentaliteitsverandering bij de medische professie. Ook in de voedingsleer is heel veel niet bekend en beschikken we nog niet over betrouwbare trials op populatieniveau. Dus niet elke voedselhype hoeft gevolgd te worden, maar wetenschappelijk bewezen verbanden moeten veel vaker benut en opgezocht worden.



In de opleiding van artsen moet voeding ook weer de plaats krijgen die het verdient. Bijvoorbeeld door het optuigen van het vak klinische voeding.

Tot slot moet de financiering van het zorgstelsel zo ingericht zijn dat artsen en zorginstellingen die prudent omgaan met (over)behandelingen en aandacht besteden aan voeding hier niet financieel voor gestraft worden.

Voedingsleer integreren

Omdat klassiek medische behandelingen effectiever worden in combinatie met de juiste voeding, zou voedingsleer logischerwijze een integraal onderdeel moeten zijn van de behandelmethode. Dat is niet de realiteit op dit moment.

De huidige praktijk leert dat veel oncologen, achtervolgd door protocollen en aangemoedigd door de prikkel om productie te draaien, vinden dat ze over chemotherapie of bestraling gaan en waar mogelijk over chirurgische ingrepen. En daarmee zou hun verantwoordelijkheid verder ophouden.

Dit doet niets af aan de inzet en betrokkenheid van artsen, maar leidt er wel toe dat de patiënt, die in essentie alleen geïnteresseerd is in beter worden, veel zaken zelf maar moet uitvogelen. De oncologieprotocollen over voeding gaan vooral over ondervoeding, maar het aantal oncologen dat zich actief verdiept in de interactie tussen voeding en kanker is op de vingers van één hand te tellen. Zelfs als assertieve patiënten

Medische behandelingen effectiever met juiste voeding

zelf de evidentie op een presentatiebladje aandragen, vinden ze weinig of geen respons.

Veel te winnen

Er is veel te winnen met het bij elkaar brengen van de twee werelden. Het slim combineren van de juiste medicijnen met voeding is niet al-

leen gunstig voor de genezingskansen voor kankerpatiënten. Het leidt ook tot minder onnodige diagnostiek, minder verspilling van medicijnen en onnodige 'second opinions', kortom tot een flinke kostenbesparing.

Het levert verder rust op voor de patiënt die actief zijn eigen gezondheid wil bevorderen. Op dit moment moet hij of zij shoppen tussen de oncologie die het snoeiwerk doet en de voedingsleer die het onkruid wiedt. Twee gescheiden werelden die niet met elkaar communiceren, waardoor te veel plantjes onnodig bezwijken. Een behandeling vanuit een integrale visie gericht op een mooie tuin, waardoor de patiënt niet langer zelf het beste van twee werelden hoeft uit te vinden, is dan een mooi en rustgevend alternatief.

Tekst: **Marcel Canoy**, voorzitter van Longkanker Nederland en distinguished lecturer Erasmus School of Accounting and Assurance, adviseur van ACM en columnist van het Financieele Dagblad. **Nick van der Lijn**, econoom en kankerpatiënt en verbonden aan RebelGroup

Door de redactie bewerkt ten behoeve van onze doelgroep.

Johp Krieg geeft lezingen door het land

Ziekte kan leiden tot ernstige geldzorgen



Johp Krieg

Johp Krieg is 60 jaar en heeft sinds 2012 slokdarmkanker. Hij is al drie keer opgegeven, maar na een aantal chemobehandelingen, een buismaagoperatie en 21 bestralingen is er op dit moment geen kanker meer waarneembaar. Johp: "Voorheen was ik ondernemer, maar door mijn ziekte heb ik afstand moeten doen van mijn bedrijf. Momenteel leef ik van een WIA uitkering en heb dus aanzienlijk minder te besteden. Als ervaringsdeskundige geef ik lezingen en probeer ik veel mensen te helpen die in een vergelijkbare moeilijke financiële situatie terecht gekomen zijn." (zie krantenberichtje)

Johp vertelt: "Tijdens mijn lezingen, voornamelijk in kanker inloophuizen, bibliotheken en ziekenhuizen, heb ik ruimschoots mijn ervaring met vele lotgenoten kunnen delen. Wij hebben van elkaar kunnen leren. Door deze bijeenkomsten heb ik een completer beeld kunnen krijgen van de situatie waarin wij onbedoeld in terecht zijn gekomen. Ik ben geschrokken dat blijkt dat velen, net als ik, eenzelfde grote

zorg delen. Naast de grootste zorg, de medische, en de bezorgdheid voor onze naasten en dierbaren, speelt een ander aspect een grote zorg: geld.

In het traject waarin ik momenteel zit wordt de aandacht grotendeels gefocust op de medische mogelijkheden en weinig toelichting op de (psychische) impact van geld, lees: inkomen uit arbeid."

Meer zorg voor kostwinners

"Als inkomen deels of geheel wegvalt, zeker als je zoals in mijn geval kostwinner bent, verhoogt dit de stress, en dat is zeker niet goed voor kankerpatiënten. De ziekte kost ook al veel geld. Voor mij was dit een aandachtspunt dat ik verder wil uitbouwen naar een brede oplossing voor kankerpatiënten die met dit probleem te maken hebben."

"In het schrijnende artikel dat ik tegenkwam in dagblad het AD (kader), zit alle drama opgesloten dat een mens (kankerpatiënt) kan overkomen: Vrouw (echtgenote) is ongeneeslijk ziek, man heeft zijn baan opgegeven om voor haar te zorgen. Daardoor konden de rekeningen niet meer betaald worden en nu dreigen zij te worden uitgezet uit hun huis omdat zij onder meer de hypotheek al maanden niet meer konden betalen. Kortom, je bent zo ziek dat je geen zorgen meer maakt om de da-

'Kosten van
medicijnen kunnen
echt omlaag...'

gelijke en financiële situatie, maar de realiteit is gruwelijk hard! Helaas bevestigt dit verhaal mijn grote en gedeelde zorg. Gelukkig zijn er wel mogelijkheden via NFK, zie hun site. In ieder geval moet en mag dit bespreekbaar zijn."

Johp Krieg:

**"De realiteit
is gruwelijk
hard!"**

voor het Buddy project van SPKS. Daarnaast houd ik me bezig met ander vrijwilligerswerk, zoals mentor bij Buurtbemiddeling.

Sporten doe ik ook veel, vooral tennis. Kortom, ik werk hard aan zingeving..."

Johp: "Naast de lezingen die ik hierover geef, ben ik in februari van dit jaar genomineerd als vicevoorzitter van SPKS en ik wil mij ook inzetten

Tekst **Johp Krieg**, bewerkt door de redactie.
Geld en werk: folders op te vragen via NFK
<http://nfk.nl/nfk/pers-publicaties/download-publicaties-van-nfk/>

Brielse moeders zamelen geld in voor doodzieke vrouw en gezin

Een groepje Brielse moeders is een inzamelingsactie begonnen in de hoop een Iers-Filipiïns gezin in de vestingstad te houden. Vijfduizend euro is nodig om de doodzieke Filipijnse vrouw, die binnenkort gaat overlijden, haar Ierse echtgenoot en hun 7-jarig dochtertje financieel te helpen.

"De vrouw heeft kanker in haar hele lijf," vertelt initiator Margot Medina. Haar dochtertje zit bij het meisje, dat binnenkort haar moeder verliest, in de klas "Het gezin heeft in Brielle geen vangnet. De vader heeft zijn goede baan moeten opzeggen om voor zijn vrouw te zorgen. We willen voorkomen

dat ze moeten verhuizen naar een goedkoper huis in een andere gemeente terwijl ze al zoveel ellende hebben. Ze betalen een hoge huur en hebben ook schulden bij een zorgverzekeraar." De teller staat intussen op bijna € 4.000,00.

Artikel **AD** van 28 januari 2017



maag & slokdarm

Marco Wessels zit er nog volop in

Geen Wait and See maar wel experimentele aanpak



Ab Hermans

Marco Wessels is 54 jaar. Vorig jaar is hij getroffen door endeldarmkanker. Daar is hij achter gekomen nadat hij een tijdje dunne en platte ontlasting had gehad. Dat heeft hij via de huisarts laten onderzoeken bij een kliniek in Almere. Daarna heeft hij bewust gekozen voor een behandeling bij het AVL in Amsterdam. Hij is daar terecht gekomen in het 'wait and see' traject bij dokter Beets, na de gebruikelijke bestraling en chemo. Helaas heeft dat traject niet lang mogen duren omdat er bij hem nu verdachte lymfeklieren zijn gezien en men toch een endeldarmoperatie overweegt.

Wat is Wait and See?

Wait and See is een recente aanpak die via dokter Beets vanuit Maastricht werd gepropageerd. Na

Capecitabine (kanker

remmend
genees-
middel)

en bestra-
lingen ver-
dwijnt de tu-
mor in de endel-

darm soms en lijkt een operatie overbodig. Omdat een operatie een stevig traject is lijkt het soms beter te wachten of de tumor al dan niet terugkomt. Soms blijft de tumor weg en is de operatie overbodig. Dat is voor de patiënt dan gunstig omdat dewerkingen en bijwerkingen van een operatie en ziekenhuisopname uitblijven.

Beets werkt nu in Amsterdam.

Vandaar dat Marco bij hem in behandeling kwam.

Huis aan de Dijk

Marco woont met zijn vrouw in een mooi huis aan de dijk in Andijk aan het IJsselmeer. Het was een oud dijkhuisje dat hij prachtig heeft opgeknapt en uitgebreid. Hij is daar gaan wonen omdat een van zijn kinderen na de geboorte last kreeg van ernstige astmatische klachten. Hij woonde toen in de Zaanstreek. Door de frisse en zuivere lucht aan het IJsselmeer zijn de klachten helemaal verdwenen.

Marco is net terug van een vakantie in Portugal waar hij een oom bezocht heeft, die daar woont. Die was erg geschrokken van het feit dat hij

"Door 3D-navigatie
belangrijke
weefsels sparen..."

Ook voor uw verhaal
en dat van uw naasten
maken we graag ruimte.
Neem contact met ons op!
De redactie helpt u
graag verder:
hoofdredactie@spks.nl



darmkanker had. Vorig jaar had hij een trip naar Rome gepland maar daar moest hij van af zien doordat hij endeldarmkanker bleek te hebben.

Grote Pillen

Marco heeft twintig dagen Capecitabine geslikt. Dat zijn van die grote pillen die je met moeite door kunt slikken. In combinatie met dagelijkse bestralingen is dat het standaardprotocol voor de behandeling van endeldarmkanker.

Hij had overigens weinig last van die behandeling. Marco slikt ook dagelijks gember en kurkuma. Hij

zoekt alles na op het internet. Hij eet ook geen rauw vlees en eet bewust. Hij heeft ook goede berichten

gehoord over wietolie. Hij gebruikt zelf ook wat cbd-olie* en hoopt er het beste van. Hij kan er wel goed van slapen. Hij gebruikt ook acetylsalicylzuur, vitamine D en probiotica.

Donderslag bij heldere hemel

Marco werkte in de petrochemie in Harlingen bij een gasfabriek. Maar de situatie in de petrochemie was en is slecht. Hij kon ontslag nemen

of naar Saoedi Arabië. Hij besloot maar verder te gaan solliciteren in de procesindustrie. Tijdens dat traject waarbij hij

wel een grote kans had op een nieuwe baan kreeg hij die vermaledijde kanker. Hij was druk met solliciteren

Marco slikt dagelijks gember en kurkuma

en zat dicht tegen een nieuwe baan aan. Toen ging het fout. Op 26 juni 2016 had hij wat ontlastingsproblemen. Hij is toen via zijn huisarts bij een kliniek onderzocht. Darmkanker zit ook bij hem in de familie (drie ooms). Bij een coloscopie zagen ze vervolgens meteen een grote tumor. Dat was een stevige klap ook voor zijn vrouw en zoons. Zoiets verwacht je niet en voor je naasten is het vaak nog erger dan voor jezelf. Zelf kan hij het wel aan, maar hij denkt eerder aan zijn vrouw en zoons dan aan zichzelf. Hij is bang dat hij ze moet achterlaten, over een paar jaar wellicht wanneer de kanker uitgezaaid zou zijn. Maar daar gaat hij nu nog niet van uit.

Behandeling

Voor zijn behandeling wilde hij meteen naar het AVL om de beste behandeling te krijgen. Na twee weken scans en verdere onderzoeken kreeg hij bestraling en de grote pillen. Hij heeft een en ander goed doorstaan. Pas op het einde van het traject kreeg hij klachten. Hij kreeg last van zijn prostaat en voelde een pijnlijke druk in zijn darmen. Na de therapie tien weken rust en in de scan leek de tumor weg. Wel waren er wat plekjes in het bekken te zien. Zo kwam hij in het 'Wait and See' traject. Operatie of even wachten. Hij koos voor wachten. Dat ging bij de eerste twee keer onderzoek goed. De laatste keer bleek na een petscan dat er wat lymfeklieren waren aangedaan. Dat zou betekenen dat de endeldarm er toch uit moet.

Onzekerheid over werk

Marco is nu 55. Hij zit in de procesindustrie en is daarin multifunctioneel. Hij heeft veel opleidingen gehad en functioneert op hbo-niveau.



Er is werk genoeg voor hem maar het wordt toch wat onzeker nu. Hij moet nog ruim tien jaar werken. Hij zit nu in de ziektewet. Hij wil heel graag snel aan de slag wanneer het een en ander voorbij is.

Hobby's

Marco houdt erg van koken en is thuis ook de kok. Hij is een fan van Jamie Olivier en experimenteert volop in zijn eigen grote keuken. Zijn specialiteit is maaltijdsoepen. Daarnaast heeft hij ook nog een herdershond die er wel voor zorgt dat hij veel gaat wandelen. Hij heeft ook nog een tuin waar genoeg te doen is en ook aan zijn huis is hij dikwijls bezig.

Toch een operatie of niet?

Marco vraagt zich nu af of het niet te vroeg is voor een endeldarmverwijdering. Hij denkt dat het nog kan slinken wellicht. Daar wil hij nog over gaan praten. Inmiddels is hem bij het AVL een traject aangeboden in een experimentele aanpak. Hij krijgt een operatie ondersteund door 3D-navigatie. De chirurg heeft dan een livebeeld waardoor hij op een scherm kan zien hoe het er van binnen uit ziet. Hierdoor kan de chirurg



preciezer te werk gaan en daardoor belangrijke weefsels als bloedvaten, zenuwen en urineleiders sparen.

Marco krijgt dan een laparoscopische operatie, een tijdelijk stoma en moet zeker een week in het ziekenhuis blijven. Hij hoopt er het beste van. Hij heeft nu nog twijfels. Er zit nog kanker maar misschien verdwijnt het nog. Dan is volgens hem een operatie misschien niet nodig. Daar zit hij nog over te dubben. Hij is nu driekwart jaar onderweg en wellicht verdwijnt het nog. Daar zal hij nog met Beets over spreken.

Marco staat positief in het leven, hij oogt ook goed gezond en is heel actief. Volgens mij komt het wel goed. Wanneer dit blad uitkomt, is hij vast een stuk verder. Ik ben benieuwd hoe het dan met hem gaat.

CBD olie

CBD staat voor cannabidiol, een niet psychoactieve cannabinoïde die geïsoleerd kan worden uit hennep ofwel cannabis.



Tekst **Ab Hermans**



In het kort

In het kort
• In het kort • In
het kort • In het
kort • In het kort
In het kort •

Subsidie voor onderzoek Lynch - Twee onderzoekers van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) krijgen samen bijna een half miljoen euro van de Maag Lever Darm Stichting voor hun onderzoek naar het Lynch syndroom, de meest voorkomende vorm van erfelijke darmkanker. Het Lynch syndroom ontstaat doordat foutjes die bij de celdeling in het DNA optreden niet gecorrigeerd worden. Een van de reparatiegenen die dat zou moeten doen functioneert niet. Een verhoogde kans op kanker, vooral van dikke darmkanker en baarmoederkanker, is het gevolg. Echter, niet elke mutatie verhoogt de kans op kanker even sterk en sommige mutaties zijn zelfs volkomen onschuldig.

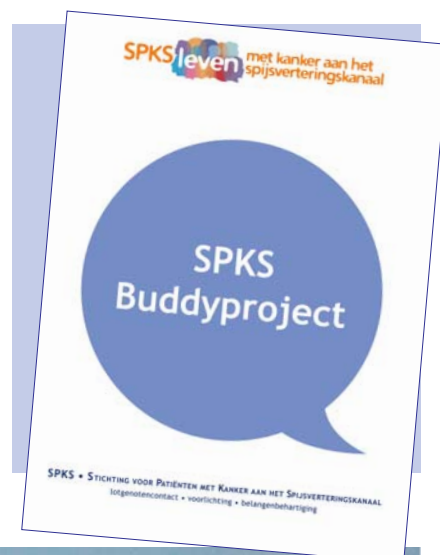


Ziekenhuis Gelderse vallei start buddyproject

Patiënten met borst- of darmkanker kunnen voortaan begeleiding ontvangen in de vorm van een 'buddy'. Dit is een maatje die dezelfde diagnose als de patiënt heeft gehad, dezelfde behandeling heeft ondergaan, de ziekte heeft verwerkt en anderen in dezelfde situatie wil helpen hiermee om te gaan.

'Een buddy kan vanuit zijn of haar eigen ervaring helpen om het leven weer op te pakken en te leren omgaan met twijfel en beperkingen,'

aldus het ziekenhuis. In totaal zijn er tien buddy's opgeleid om begeleiding aan borst- en darmkankerpatiënten te geven.





maag & slokdarm

Rinus van der Steen is weer helemaal blij

De wonderbaarlijke genezing van de 'fluitketel'



Fluiten na de operatie. Dat is wat Rinus van der Steen karakteriseert. Het eerste wat hij deed toen hij bijkwam na zijn slokdarmoperatie was proberen te fluiten. En dat lukte. In Bunnik, waar hij woont, horen ze hem al van verre aankomen. Ook in de Albert Heijn kennen ze hem van zijn fluiten. Hij is een opgewekte man die wonder boven wonder zijn slokdarmkanker en daarna grote uitzaaiingen in de lever heeft overleefd.

**"Mensen met een
buismaag mogen
niet plat liggen."**

Rinus woont al bijna zijn hele leven in Bunnik. Na zijn trouwen heeft hij nog een kruidenierswinkel gehad in Leiden maar na twee jaar hield hij dat voor gezien. Hij ging terug naar Bunnik en werd tijdelijk taxichauffeur en daarna directiechauffeur. Dat was de eerste baan die voorbijkwam en hij is daarin veertig jaar gebleven tot zijn pensioen.

Hoe het begon

Op 12 april 2009, op zijn 65ste verjaardag, had Rinus wat last van zijn maag. Hij dacht dat het kwam door wat overmatig eten en hij besteedde er eerst niet zoveel aandacht aan. Het bleef echter maar aanhouden en via de huisarts kwam hij in het ziekenhuis in Zeist terecht. Daar werd een gastroscopie verricht en ontdekte de arts een tumor in de slokdarm. Twee weken later kreeg hij te horen dat iets niet goed zat.

Hij werd verwezen naar het UMC in Utrecht. In september is daar de slokdarm verwijderd en kreeg hij een buismaag. Er werden verder geen uitzaaiingen geconstateerd en hij was al snel weer uit het ziekenhuis. "Ik was twee dagen sneller uit het ziekenhuis dan anderen die er al snel uit waren," zegt hij.

In juni 2010 kreeg hij wat pijn in zijn zij. Hij dacht dat het kwam door de speciale slaaphouding. Mensen met een buismaag mogen namelijk niet plat op hun rug liggen. Dan kan de maaginhoud in de longen komen. Ze slapen dan ook op de rug in een hoek van veertig graden met een steun. "Ik zal wel verkeerd gelegen hebben" dacht hij toen nog. Maar het werd steeds erger.

Rinus nam na zijn vakantie contact op met verpleegkundige Carlo Schippers, die in de buurt woont, en hij kreeg meteen een afspraak voor een scan. Hij kreeg daarna te horen dat hij een tumor van 13,5 centimeter had op zijn lever.





maag & slokdarm



Opgegeven

De tumor leek inoperabel en chemo of bestraling was ook niet mogelijk. "Wat dan," vroeg hij. Niks dus. "Nou vertel dan maar hoe lang ik nog heb?" was zijn volgende vraag. Twee à drie maanden was het antwoord en een half jaar als het meezit. Hij heeft nog een second opinion aangevraagd bij het AVL in Amsterdam maar daar zeiden ze hetzelfde.

Nieuwe hoop

De professor, die hem geopereerd had, accepteerde dat echter niet. Er werd een nieuwe scan gemaakt maar de tumor was toen al te groot en niet meer te opereren. Zo kwam hij terecht bij de oncoloog. Die kon ook aanvankelijk niets voor hem doen en gaf hem ook hooguit een half jaar. In januari zou echter zijn eerste kleindochter geboren worden en dat wilde hij nog graag meemaken. Hij en zijn vrouw hebben toen alles geregeld tot en met de begrafenis aan toe. Ze hadden ook net een nieuwe caravan gekocht. Die hebben ze ook maar meteen verkocht.

De oncoloog kwam na enige tijd echter met het voorstel voor een soort combinatiechemo. Eerst een infuus en daarna pillen. Dat zou zijn leven mogelijk verlengen en zo zou hij toch nog zijn kleindochter kunnen zien. Hij heeft drie kuren gehad en had weinig klachten. Alleen had hij het altijd vreselijk koud. Zijn vrouw is thermo-ondergoed en sokken gaan halen bij de Hema. Hij zat bo-

venop de verwarming. "Ook nu nog heeft hij in bed sokken aan in bed," zegt ze. Bij de eerstvolgende controle bleek dat de tumor 19,5 centimeter groot was en groeide met twee centimeter per maand. "Ik ben ook in twee maanden 23 kilo afgevallen," aldus Rinus.

Vakantie in de Achterhoek, laatste wensen

Voor de laatste keer ging hij daarna op vakantie in de Achterhoek. Daar kwam hij al dikwijls en het beviel hem daar uitstekend. Hij wilde een keer de slag om Grolle zien die om de paar jaar in Groenlo wordt gespeeld. Dat is een replay van een veldslag uit 1627 met bulderende kanonnen en allerlei schermutselin-

"Het kankerspook is bij Rinus de deur uit."

gen. Ook wilde hij nog een keer in het water met zijn kleinzoon in het zwembad daar. In de spiegel van dat zwembad zag hij toen pas hoeveel hij afgevallen was. Hij heeft

zich meteen weer aangekleed en is vertrokken. Zo heftig was de confrontatie toen. "Ik schaamde me eigen kapot."

Goed nieuws toch een operatie mogelijk

Bij de volgende controle in december kreeg hij het verheugende nieuws dat de tumor nu veertig procent geslonken was na de chemo en dat hij toch geopereerd kon worden. 17 januari 2011 is hij geopereerd en twee dagen later lag zijn kleindochter op zijn buik. Een geweldig moment was dat. "Nou voel ik het nog dat ze daar lag," zegt hij.

Daarna is het alleen maar goed gegaan. Hij heeft ook geen chemokuren meer gehad. Hij fietst nog elke dag, weliswaar met ondersteuning, in de wijde omgeving. Heel Bunnik en Odijk kent hem want hij zit altijd op de fiets te fluiten. Hij heeft dan ook de bijnaam: 'fluitketel'. Hij staat positief in het leven. In het ziekenhuis werd gezegd dat ook die positiviteit zeker aan het genezingsproces heeft bijgedragen.

Het is echt een wonder, zegt Rinus. Hij geniet nu dubbel, hij staat extra vrolijk in het leven. Hij heeft zijn 50-jarig huwelijk onlangs gevierd. Hij gaat drie maal per jaar met zijn vrouw kamperen met de caravan. Hij gaat overal fluitend naar toe. Hij gaat vogels spotten en fotograferen. Hij haalt met zijn foto's zelfs soms de krant. Hij is altijd maar bezig. Eind oktober is hij weer bij de slag om Grolle. Die wil hij niet missen.

Het kankerspook is bij hem de deur uit. Wij hopen met hem dat het ook wegblijft.

Tekst **Ab Hermans**

Als adem lucht wordt



Onze redacteur Gerda Schapers bespreekt regelmatig boeken die onze lezers van pas zouden zouden kunnen komen.

Paul Kalanithi is een neurochirurg die te horen krijgt dat hij kanker heeft. 'Als adem lucht wordt' is een verslag van zijn laatste levensmaanden.

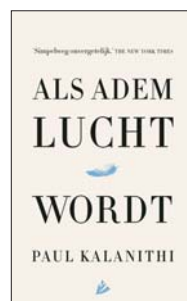
We krijgen een kijkje in het waanzinnig drukke leven van een neurochirurg waarbij ik me dan ook regelmatig afvraag waarom hij zo vreselijk hard werkt. Ook na zijn diagnose. Daarbij wil hij nog wel eens vergeten dat om de kwaal heen ook een mens zit. En dat maakt het dan weer heel herkenbaar.

Ook in de huidige kankerzorg hoor ik die klacht vaak van mijn medepatiënten. Medisch wordt er over het algemeen uitstekend voor ons gezorgd, maar voor de sociaal psychologische kant van het proces is weinig tijd, dus weinig aandacht. Wat Kalanithi mooi beschrijft is de steeds weer opflakkerende hoop die hij en zijn vrouw Lucy hebben dat het wel goed komt. Terwijl je tussen de regels door kan lezen dat hij ook wel weet dat het slecht met hem gaat aflopen. Je ziet zijn status van machtige neurochirurg afbrokkelen. Hij ontdekt hoe het is om patiënt te zijn; hoe het voelt als

artsen weigeren je vragen te beantwoorden; hoe een tijdelijk herstel tot nieuwe hoop kan leiden en terugval tot wanhoop. Kortom, een dokter is ook maar gewoon een patiënt. Voor mij persoonlijk is wel heel herkenbaar dat hij zo snel mogelijk steeds weer aan het werk wil hoewel dat lang niet altijd makkelijk is. Dat schept een soort van zekerheid dat het wel goed komt met je. Hij beschrijft heel plastisch hoeveel

erg gericht zijn op je eigen ziekteproces als kankerpatiënt. Voor ons patiënten zitten er veel herkenbare

beschrijvingen in, ik denk dat wij het boek ook met andere ogen lezen als de doorsnee lezer. Vanuit onze perceptie als patiënt. De laatste twintig bladzijden zijn geschreven door zijn vrouw Lucy, en die zijn ontroerend mooi. Ze beschrijft Pauls laatste dagen. Het samenzijn met hun



Als adem lucht wordt

Door Paul Kalanithi, hardcover, uitg. Hollands Diep, 256 pagina's
ISBN 978 9048834587, € 19,99

pasgeboren dochttertje. De angstige momenten als zijn toestand dan toch heel snel verslechtert en de keuzes die zij noodgedwongen moet maken dan. Ontroerend beschrijft zij hoe hun kleine meisje op het laatst in Pauls armen ligt terwijl zij een slaapliedje voor hen zingt. En als kankerpatiënt realiseer je je dan eens te meer dat de pijn die achterblijft voor de nabestaanden is.

"Je realiseert je des te meer

de pijn die achterblijft

voor de nabestaanden."

pijn hij heeft en als lezer en patiënt vraag ik me dan toch af: gaat dit niet ten koste van zijn patiënten?

Gedachten daarover mis ik in zijn beschrijvingen; aan de andere kant herken ik wel het



Wetenschappelijke ontwikkelingen dankzij hondenneuzen

Darmkanker mogelijk vroeg te ontdekken met hulp van honden

KNGF Geleidehonden start in samenwerking met het VU Medisch Centrum een experiment om darmkanker vroegtijdig op te sporen door medische detectiehonden. De nieuwe methode kan bijdragen aan verdere wetenschappelijke ontwikkeling van de vroege diagnose van darmkanker.

Het reukvermogen van honden is vele malen sterker dan dat van de mens. Mensen beschikken gemiddeld over zes miljoen geurpapillen; bij honden is dat aantal gemiddeld veertig maal zo hoog. Dat verklaart al dat honden soms tot op een afstand van tweehonderd meter kunnen ruiken wie of wat er nadert.

Verscheidene onderzoeken hebben inmiddels aangetoond aangetoond dat honden een aantal kankersoorten kunnen ruiken. Zo ontdekten

Zweedse onderzoekers dat honden baarmoederkanker kunnen ruiken.

KNGF Geleidehonden is daar-

om begonnen met de training van Spaniëls die speciaal geselecteerd zijn op hun geurtalent. De honden worden getraind met gebruikmaking van ontlastingmonsters van patiën-

ten. De resultaten kunnen een doorbraak betekenen: hoe eerder kanker bij een patiënt wordt ontdekt, hoe groter de kans op herstel.

Prof.dr. H. Verheul, afdelingshoofd medische oncologie bij het VUmc, onderschrijft het belang van het onderzoek: "Tot nu toe wordt darm-

kanker voornamelijk opgespoord via colonoscopie, wat betekent dat een cameraatje in de darm van

de patiënt wordt binnengebracht. Dat is voor de patiënt niet prettig en bovendien wordt darmkanker meestal pas in een vergevorderd stadium opgespoord."



**Cocker Spaniëls
staan bekend om
hun scherpe neus**

KNGF Geleidehonden gebruikt voor het project geen honden uit de eigen foklijn. De eerste medische detectiehonden in opleiding zijn Cocker Spaniëls, bekend om hun scherpe neus. Het hondenkenniscentrum traint de honden met personeel dat zich heeft gespecialiseerd in geurdetectie.

Er is een speciaal laboratorium voor de training ingericht waar de honden zich zonder afleiding op de geurdetectie kunnen richten.

Bron **Gezondheidsnet.nl**



maag & slokdarm

‘Geen alarmsignalen’

Wat als...? Job Holstein werd niet gehoord of gezien...



**De behandeling van slokdarmkanker wordt
steeds succesvoller, maar wat als de huisarts een
tijdige diagnose in de weg staat, vertelt dat je
geen kanker kunt krijgen onder de 50 jaar en
dat je klachten dus psychosomatisch zijn?**

Arife Holstein belde mij op met een ongelooflijk verhaal. Haar man Job was een jaar tevoren overleden aan slokdarmkanker. Hij had daaraan voorafgaand al circa vijf jaar last gehad van maagklachten, waarvoor hij telkens opnieuw maagzuurremmers kreeg voorgescreven. De laatste anderhalf jaar van zijn leven uitte Job zijn angst voor kanker bij zijn nieuwe huisarts die de praktijk had overgenomen. Job was bang om

dood te gaan en zijn vrouw Arife en jonge kinderen achter te moeten laten.

Helaas vroeg zijn dokter hem niet naar de reden van zijn angst. Zijn schoonvader had ook zulke klachten en stierf aan maagkanker. Zijn moeder was ook aan kanker gestorven. Later verklaarde de arts dat als zij dat toen had geweten, ze hem meteen doorgestuurd zou hebben voor een gastroscopie. Heeft hem dat het leven gekost?

Gastroscopie niet nodig geacht

Job had ook maagzuurremmers bij de drogist kunnen kopen, maar ging naar de dokter, omdat hij expertise van de huisarts verwachtte en hoopte dat zij zou weten of zijn angst voor kanker terecht was. Hij ontwikkelde gaandeweg klachten (als paniekaanvallen, hyperventilatie, slaapproblemen, ontstekingen in zijn mond) die alle werden afgedaan als psychosomatisch. (MJ - Ik herken die als behorend bij een B12-tekort als gevolg van jarenlang slikken van maagzuurremmers en/of ongezond maagslijmvlies.)

Statistisch zou Job volgens haar onmogelijk kanker kunnen hebben, omdat hij nog onder de 50 jaar was. Tegen de angst daarvoor kreeg Job Oxazepam voorgeschreven. Ze gaf toe dat een gastroscopie een einde aan zijn onzekerheid zou kunnen maken, “maar zo'n scopie is heel akelig en op zijn leeftijd immers overbodig!” Dat er om een roesje verzocht kan worden, verzuimde ze hem te vertellen.

**“Kanker hebben
en niet door arts
gehoord worden...”**



maag & slokdarm

Job heeft tot iets meer dan een week voor zijn dood nog gewerkt en een opleiding in België gevolgd om machinist op de Thalys te worden. Hij was machinist en had de psychische keuring daarvoor goed doorstaan.

Toch slokdarmkanker

Toen hij plots bloed begon te plassen en hij in het ziekenhuis terecht kwam, bleek hij slokdarmkanker te hebben, met uitzaaiingen door zijn hele lichaam, ook in zijn botten. Prognose: nog een week te leven. Helaas bleek dit te kloppen. Na circa een week overleed Job met helse pijnen als gevolg van de uitzaaiingen in zijn ruggenmerg.

Gewoon pech?

De huisarts verklaarde dat ze geen alarmsignalen had ontvangen. Ofwel dat haar niks te verwijten viel. Hij had gewoon pech gehad! Ze vergeleek het met de passagiers in de MH17, die door een raket uit de lucht werden geschoten. Ja, Job had inderdaad pech gehad, haar als huisarts te hebben gehad! De huisarts bekende Arife, dat ze na Job zijn dood nog een doorverwijzing voor hem had klaar liggen voor de psycholoog om zich te laten behandelen aan een psychosomatische ziekte of hypochondrie...

Geen excuses

Ondanks het feit dat Job stierf aan slokdarmkanker, heeft ze haar excuses niet aangeboden dat ze de plank finaal had mis geslagen toen Job wilde weten of hij kanker had! Nee, volgens haar viel haar niks te verwijten.

Er is ook een richtlijn hypochondrie. Pas als medisch onderzoek geen medische oorzaak voor de klachten aan het licht bracht, mag men

daarvan spreken. In dit geval had de huisarts een onderzoek niet nodig gevonden.

Klacht ingediend

Arife heeft een klacht ingediend bij de Klachtencommissie Huisartsen. De huisarts heeft daarop meteen een verweer geschreven van acht kantjes, waarvan een heel kantje over statistieken, dat ze geen rekening had hoeven te houden met slokdarmkanker, omdat de kans daarop onder de vijftig jaar te verwaarlozen zou zijn.

Dat is niet waar. Ik heb in al die jaren dat ik lotgenotencontact doe, regelmatig jongere mensen gesproken die slokdarmkanker hadden gekregen! Zelfs een man van 28 jaar en vorig jaar twee mensen van 46. Gelukkig werden zij wél serieus genomen. Als de patiënt zo bang is kanker te hebben, waarom dan niet uitsluiten of vaststellen ervan? De arts dient de poort te zijn tot diagnose, mogelijke behandeling en genezing!

Arife krijgt hulp

Arife vroeg mij of ik haar reactie op het verweer van de huisarts zou willen lezen en beoordelen. Samen hebben we toen gewerkt aan een stuk met referenties en bronvermeldingen voor de Commissie, van alle punten waarop de huisarts ons inziens door haar tunnelvisie verstek had laten gaan.

Het werd mij toegestaan om naast de advocaat, Arife bij te mogen staan voor de commissie.

De commissie stelde vragen aan Arife en de huisarts, zonder reactie te geven op de antwoorden. Arife had een paar foto's van Job



meegenomen om te tonen aan de commissieleden. Eentje van Job, zoals hij er voorheen had uitgezien en een paar foto's genomen ongeveer anderhalf jaar later, kort voor zijn overlijden. De commissie vroeg aan de huisarts of háár niks was opgevallen. Nee hoor, zij had niks gezien en Job had volgens haar geen gewicht verloren...

Ondertussen kampt Arife nog altijd met het post traumatisch stress syndroom. Ze wordt naast haar verdriet om het verlies van haar man, de vader van haar dochtertjes, verteerd door gevoelens van bedrogen zijn, onmacht, onbegrip, woede en een beetje schuld, dat zoiets heeft kunnen gebeuren: kanker hebben en niet gehoord worden, ontkenning en tunnelvisie. Ze hadden het samen juist zo goed, wilden een huis gaan kopen. Had zij maar aangedrongen op een gastroscopie... maar ja, ook zij vertrouwde op de huisarts.

Nee, ze heeft haar gevoelens nog geen plaatsje kunnen geven. Die springen nog alle kanten op.

En nu begint het lange wachten op de uitspraak van de commissie...

Tekst **Marianne Jager**



maag & slokdarm

Slokdarmweek

De slokdarmbijeenkomsten tijdens de slokdarmweek waren ook dit jaar weer bijzonder succesvol

In acht ziekenhuizen werd er een bijeenkomst georganiseerd. Alle deelnemende ziekenhuizen hadden hun uiterste best gedaan om een interessant, informatief programma te brengen. Het enthousiasme van de aanwezigen was ook dit jaar weer groot. Deze bijeenkomsten voorzien duidelijk in de behoefte van mensen met een buismaag.



Foto's Marianne Jager



maag & slokdarm

Blazen en ruiken...

Ademtest kan helpen bij opsporen van maag- en slokdarmkanker?

**Volgens onderzoekers van het Imperial College
London en het Karolinska Institutet in Zweden is
maag- en slokdarmkanker op te sporen via een
ademtest, zo meldt het wetenschappelijke tijdschrift
EOS. Tot nu toe kunnen deze kankers alleen opge-
spoord worden met een endoscopie, wat uiteindelijk
een vrij belastende en kostelijke procedure is.**

Uit eerder onderzoek was al gebleken dat de concentraties van vijf chemische stoffen - boterzuur, valeriaanzuur, capronzuur, butanal en decanal - in uitgeademde lucht verschilt tussen mensen met maag- of slokdarmkanker en mensen met andere klachten van de bovenste spijsverteringswegen.

De onderzoekers analyseerden ademstalen van 335 mensen die in verschillende ziekenhuizen in Londen endoscopisch waren onderzocht op een van beide kankers. Bij 163 van hen was de diagnose maag- of slokdarmkanker gesteld, bij de rest niet. De onderzoekers zochten in hun ademstalen naar de vijf chemische stoffen. Uit de resultaten bleek dat de test mensen met kanker in 80 procent van de gevallen correct aanwees en mensen zonder kanker herkende in 81 procent van de gevallen.

De onderzoekers gaan de komende drie jaar een grotere groep patiënten aan de test onderwerpen.

Bovendien willen ze de ademtest ook uitvoeren bij patiënten die een endoscopie

ondergaan voor maag- en darmklachten

maar geen kankerdiagnose krijgen.

Ze doen dit om te achterhalen of de test ook kan-

ker kan opsporen in een groep waarin de meerderheid wellicht geen kanker heeft.

Blijkt de test bruikbaar, dan kunnen huisartsen hem gebruiken om beide kankers vroeger op te sporen en de overlevingskansen van patiënten drastisch te verhogen.

**"Vroeg opsporen van
kanker verhoogd
de overlevingskans"**

Bron www.Gezondheid.be

Samen beslissen



Gerda Schapers is docent op een Business School. Zij is sinds juli 2010 darmkankerpatiënt.

Ik wil het eens met u hebben over SDM (Shared Decision Making) de meest recente hype in de gezondheidszorg. Bij mijn laatste controleonderzoek sprak de Petscan de ct-scan tegen. Dan nog maar een MRI. Maakte de zaak niet duidelijker. Drie MDO's bogen zich erover. Mij hoor je niet klagen over onze zorg! Vier opties kreeg ik waarvan de vierde was: niets doen. Ik overlegde eerst met mijn oncoloog, we wogen voor- en nadelen van de diverse behandelingen tegen elkaar af.

Ik besloot er nog even over na te denken. Dat leek hem prima. Daarna belde ik met mijn alternatieve arts die mij heeft geleerd dat mijn gezondheid op de eerste plaats mijn eigen verantwoordelijkheid is. Hij stelt mij altijd 'levensvragen' die mijn kwaliteit van leven beïnvloeden, me aan het denken zetten. "Welke beslissing zou goed voelen Gerda?" vroeg hij.

Ik wist het direct: 'niets doen', even rust voor mijn lijf, dat voelde goed. Mijn oncoloog belde me en ik legde hem mijn optie voor. Ik hoorde enige twijfel in zijn stem toen hij antwoordde. Nu weet ik wel, dat is mijn perceptie, maar na 6,5 jaar omgang met hem weet ik dat hij maar een ding wil: mij beter maken als het kan en zo niet, me zo lang mogelijk in leven houden met een goede kwaliteit van leven. En voor een arts is dat toch vaak: iets doen! "Leg eens uit," vroeg hij en aan het eind van ons gesprek zei hij "wanneer wil

je dan de volgende controle plannen?"

Vragen. Aan mij. Voor mij als patiënt is het belangrijk te weten wat kan en wat niet kan. En ik krijg mijn antwoorden omdat ik vragen stel. En dat werkt wederzijds: mijn artsen stellen mij ook vragen. Als ik mijn oncoloog een vraag stel over een behandeling die buiten

de reguliere geneeskunde valt, vraagt hij me waarom ik denk dat zo'n behandeling zou werken. Hij zoekt dan zo nodig informatie en als hij met een antwoord komt is het geen beoordeling. Wel vaak een advies, hij is tenslotte de expert. En ik denk dat het daar bij 'shared decision making' om gaat. Om vragen stellen. Zo moeilijk hoeft het allemaal niet te zijn. Als dokters nu eens stoppen met alleen maar 'zenden' en ook de tijd nemen om vragen te stellen en patiënten stoppen met alleen luisteren, ja knikken maar dat óók gaan doen? En zullen we het dan gewoon 'Samen Beslissen' noemen? Dan snapt ieder patiënt waar het over gaat.

Levensvragen die mijn kwaliteit van leven

beïnvloeden en me aan het denken zetten...

'Als artsen de tijd nemen om vragen te stellen...'



Meeste mensen niet op de hoogte van alarmsignalen darmkanker

In Nederland krijgen dagelijks veertig mensen darmkanker, daarmee is het één van de meest voorkomende kankersoorten. De Maag Lever Darm Stichting heeft een groot onderzoek laten verrichten onder de Nederlandse bevolking over hun kennis rond darmkanker. En hieruit blijkt dat Nederland onwetend is. Zo weet zeventig procent van Nederland onvoldoende over de alarmsignalen die horen bij darmkanker.

Kennis over de alarmsignalen die kunnen wijzen op darmkanker is van groot belang, omdat darmkanker goed te behandelen is als het in een vroeg stadium wordt opgespoord. Opvallend is dat vrouwen meer kennis hebben over deze alarmsignalen dan mannen. Daarnaast wil twintig procent van de Nederlanders er liever niet over nadenken.

Niet naar de huisarts

Uit het onderzoek, uitgevoerd onder 1.500 respondenten, blijkt

ook dat 35 procent van de Nederlanders niet naar de huisarts gaat met klachten die kunnen wijzen op darm-

De Maag Lever Darm Stichting de Dag roept 20 maart uit tot Dag tegen de darmkanker

kanker. Juist de stap naar de huisarts is van groot belang in de vroege opsporing van deze ziekte.

De Maag Lever Darm Stichting de Dag roept 20 maart uit tot Dag tegen de darmkanker. Op deze dag, tijdens internationale darmkankermaand, start de stichting een campagne om Nederland te informeren over alles rondom darmkanker en hoe je deze ziekte kunt herkennen.

Bron: **Gezondheidsnet.nl**

Kijk op **alarmsignalen.be** voor informatie over de alarmsignalen.



**ER ZIJN 7 SIGNALLEN
VAN DARMKANKER.
KEN JIJ ZE?**

Start de test ➔

U kunt een test doen op <https://www.mlds.nl/dag-tegen-darmkanker/>



Gezonde en lekkere sapjes!

Wie moeite heeft met slikken of eten, kan ook moeite hebben om voldoende voedingsstoffen op te nemen, op gewicht te blijven of om het energieniveau op peil te houden. En voor wie kanker heeft, zijn deze zaken juist extra belangrijk. Daarom nu aandacht voor... sapjes! Geen gewone fruitsapjes, maar gezonde groenteshakes, boordevol belangrijke bouwstoffen, vitamines, mineralen en enzymen.



Nog even verder met de voordelen:

- Snel meer dan je dagelijkse portie groente en fruit binnenkrijgen
- Je spijsvertering kan de voedingsstoffen makkelijker opnemen
- Je immuunsysteem krijgt een megaboost
- Je lichaam krijgt veel vocht binnen
- Goed voor je haar, je huid en je nagels.



Een recept uit het kookboek voor en door patiënten:

Romige andijviestamppot van Wim

Ingrediënten sap voor een personen

Bakboter of olie
Pond rundergehakt
1 ui
kilo iets kruimige aardappelen
400 gram gesneden andijvie
1 pakje roomkaas (Mon Chou)
eventueel wat mager rookspek
(spekblokjes)
zout en peper naar smaak
Eventueel (soja)melk

Tip van Wim: De andijvie kan ook meegekookt worden met de aardappels. Minder knapperig maar wel makkelijker te verteren.

Bereiding

- **Bak** het rundergehakt in een pan met een beetje vet rul.
- **Snipper** de ui en bak even mee.
- **Smelt** de roomkaas er op een zacht vuurtje door. Zet apart.
- **Schil** de aardappelen en kook in ongeveer twintig minuten in gezouten water gaar.
- **Giet** de aardappels af en stamp ze met de andijvie en het romige gehakt tot een stamppot.
- **Breng** op smaak met zout en peper.
- **Voeg** eventueel wat (soja)melk toe als het te droog is.

Wat uitgebakken spekjes zijn er lekker bij. Wie slecht vlees verdraagt kan het gehakt weglaten en deze stamppot ook met een stukje gebakken vis serveren. Er staan naast veel recepten ook interviews in met patiënten en zorgprofessionals.

Rode Duivel

Bereiding

- **Sap** de spruitjes in de juicer.
 - **Sap** de dun geschild sinaasappel.
 - **Verwijder** de buitenste bladen van de rode kool en gooi deze weg.
 - **Snijd** de rodekool en sap in de juicer.
 - **Sap** de appel, inclusief pitten en klokhuis, maar zonder steeltje.
 - **Sap** de rode witlof.
- Drink ze!

Ook lekker met kumquat en bessen.

Voor meer recepten en allerhande nuttige info, zie 'Sapje' van Joël Goudsmit en Rosalynn Campbell (Carrera culinair)

TIP Wie geen juicer heeft en ook niet wil kopen: het kan ook met de blender of staafmixer. Je drankje bevat dan veel pulp (vezels) en moet een beetje verdund worden, maar is ook heel lekker en gezond.

Ingrediënten sap voor een personen

5 paarse spruitjes (gewoon uit de supermarkt)
1 bloedsinaasappel
1 handje rodekool
halve friszoete appel
kwart rode witlof

NIEUW Kookboek voor en door patiënten

Als mensen geconfronteerd worden met slokdarmkanker, staat hun hele leven op de kop. Niet alleen gaan ze een ingrijpend medisch traject in, ook het dagelijks leven verandert. Heel

gewone dingen, zoals eten, kunnen heel ingewikkeld worden.

Met het verschijnen van een kookboek vol recepten

en tips hebben (ex)patiënten alle wetenswaardigheden op papier gezet. Tips die zich in hun leven van alledag praktisch hebben bewezen, maar die nergens staan opgetekend. Tips van patiënten, voor patiënten, met makkelijk na te maken recepten voor alledag, zodat eten langzamerhand weer iets is om van te genieten, en niet om tegenop te zien. Ook wordt van de gelegenheid gebruik gemaakt om de rol van voeding na een chirurgische slokdarmkankerbehandeling te benadrukken. Tijdens een kijkoperatie wordt de tumor, een deel van de slokdarm en een deel van de maag verwijderd. Patiënten moeten hun eigen lichaam opnieuw leren kennen na een dergelijke operatie. Dit kookboek helpt hen daarbij."

(Weer) genieten van lekker eten

Uitg. ZGT | € 9,95 | ISBN 9789082646801

Dit kleurrijke boekje is te bestellen via de website van ZGT: www.zgt.nl





maag & slokdarm

Stand van zaken maag- en slokdarmkankerbehandeling

Betere spreiding maar ook minimumnorm is van belang



Marianne Jager

Op uitnodiging van prof. Mark van Berge Henegouwen, al jaren maag- en slokdarmchirurg, hield Marianne Jager in 2014 een praatje op een chirurgencongres over centralisatie en wat de patiënt daarvan vindt. Zij liet zich nogal kritisch uit over het feit dat een aantal ziekenhuizen nauwelijks aan de minimumnorm voor slokdarmoperaties voldeed. Inmiddels staan de zaken er toch wat anders voor. Marianne doet daarvan verslag.

Er is sinds 2014 al veel verbeterd. Een aantal ziekenhuizen met matige routine is al gestopt met operaties bij maag- of slokdarmkanker. Men wil onze mening weten. Er wordt naar ons geluisterd.

Behandelaren nemen contact met ons op, willen graag voldoen aan onze normen om zich 'center of excellence' te mogen noemen. Wij worden door onderzoekers, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en patiëntenkoepels betrokken bij veel goede ontwikkelingen rondom maag- en slokdarmkanker. We zijn ervan overtuigd dat we bij deze ontwikkelingen samen mét de vooruitstrevende professionals moeten optrekken.

Goede spreiding nodig

Een vergaande centralisatie, waarbij er maar een paar centra in het land overblijven waar men opereert, streven wij zeker niet na. Er moet volgens ons een redelijk goede spreiding over het land blijven om de maag- en slokdarmkankerzorg in Nederland te optimaliseren. Immers, de meeste patiënten komen niet voor operatie in aanmerking of er is twijfel of genezing mogelijk is. De kans op een genezende behandeling hangt nog te vaak af van het ziekenhuis waar de diagnose plaatsvindt. Essentiële vragen hierbij zijn bijvoorbeeld: Is het ziekenhuis op de hoogte van de nieuwe ontwikkelingen? Weten ze daar welke trials er zijn? Is bekend welke mogelijkheden er tegenwoordig zijn voor een patiënt met een uitzaaiing in

Wij hebben inzicht in de verrichtingen van de ziekenhuizen waar men maag- of slokdarmkankeroperatie verricht. We hebben helaas geen inzicht in het functioneren of doorverwijzen van de overige ziekenhuizen.

Bij voldoende spreiding over Nederland van de maag- en slokdarmcentra is de kans groter dat patiënten daar ook terecht komen, omdat daar ook veel contacten mee zijn over andere patiënten en aandoeningen.

Als het aantal maag- en slokdarmoperaties overall boven de vijftig per jaar is, zou dat mooi zijn, als men ook aan de overige criteria voldoet.

De grote ziekenhuizen nemen contact met ons op. Ze willen graag aan onze eisen voldoen om zich center of excellence te mogen noemen. Dit is pas het begin, maar het ziet er voor de toekomst veelbelovend uit.

"Uitruil van

operaties niet in

belang van patiënt!"

de lever en/of uitzaaiing in een hals lymfeklier? Kan men daar scans voldoende beoordelen?

Is men bereid om bij twijfel door te verwijzen?

Namens de maag & slokdarmgroep

Danielle Vogelsang gaat WIWO ondersteunen

Danielle Vogelsang-Bol is in februari van dit jaar begonnen de Werkgroep Inbreng Wetenschappelijk Onderzoek te ondersteunen (WIWO).

Zij stelt zichzelf hieronder voor.



Danielle Vogelsang-Bol

Ik ben ruim vijftien jaar eigenaar van www.neemtwerkuithanden.nl. En een ervaren (ambtelijk) secretaris. Vanuit mijn bedrijf ondersteun ik naast WIWO, de OR van Stichting MEE ZHN, een Delftse ondernemersvereniging en notuleer ik op oproepbasis diverse vergaderingen van Rijkswaterstaat.

Ik vind het een eer om WIWO secretariael te mogen ondersteunen. Waarom? Kanker is en blijft een levensbedreigende ziekte. Een ziekte die met gedegen wetenschappelijk onderzoek een halt toegevoegd kan worden. Ik ben net als iedere burger in Nederland van dichtbij in aanraking gekomen met het leed dat deze ziekte veroorzaakt. Speciaal hierbij denk ik aan een goede vriendin van mij die op dit moment een gevecht levert tegen de gevolgen van baarmoederhalskanker. Deze goede vriendin is de moeder van de twee boezemvrienden van mijn zoon Brian.

Dit brengt mij bij ons gezin. In 2009 hebben mijn man (René) en ik Yuliana (nu dertien jaar) en Brian (nu twaalf jaar) uit Colombia

geadopteerd. Yuliana heeft een schisis*. Hierdoor brengen zij en ik regelmatig een bezoek aan het Sophiakinderziekenhuis in Rotterdam; aan het schisisteam. Een bijzonder team dat zich met hart en ziel inzet voor kinderen met schisis. Wat dat betreft is de gang naar een ziekenhuis voor mij een gegeven. Ik kom er met Yuliana minimaal een keer in de maand. Als ik niet werk breng ik het liefst de tijd door met ons gezin. Bijvoorbeeld met een meerdaagse fietstocht. Of in vakanties met: Bergwandelen, sportklimmen of zitten met een wijntje voor de vouwwagen op de camping. Bewegen is mijn lust en mijn leven. Naast Tacoyo (training in conditie, ademhaling en yoga) zwem ik wekelijks en vind ik mijn rust en inspiratie in een wandeling in het bos of op het strand.

Danielle Vogelsang-Bol

* Een schisis is een aangeboren aandoening en/of spleet in lip, kaak of gehemelte.



Inzet studie bij Erasmus MC: verlengde levensduur

Uitzaaiingen in de lever na dikkedarmkanker te lijf met PUMP-studie

Vanuit het Erasmus MC Kanker Instituut heeft onderzoek plaats naar een nieuwe behandeling voor patiënten met uitzaaiingen van dikke darmkanker in de lever: de zogenoemde PUMP-studie. De standaardbehandeling van uitzaaiingen van dikkedarmkanker in de lever is, indien mogelijk, tijdens een operatie alle uitzaaiingen weghalen. Helaas komt bij de meeste patiënten de kanker na de operatie terug. De kanker kan dan in of buiten de lever terugkomen. De levensverwachting van patiënten die de kanker terugkrijgen is slecht.

In een vergelijkbare studie, de CHARISMA studie, wordt onderzocht of chemotherapie na de operatie de kans dat kanker terugkomt verkleint. De verwachting is dat hierdoor patiënten langer leven. Deze

studie richt zich op patiën-

ten die een heel
hoog risico
hebben op
het terugkrij-
gen van de
kanker, zowel
binnen als buiten

de lever. Voor patiën-

ten die een grote kans hebben op terugkomst van de kanker alleen in de lever is er geen extra behandeling na de operatie beschikbaar, ook niet in studieverband.

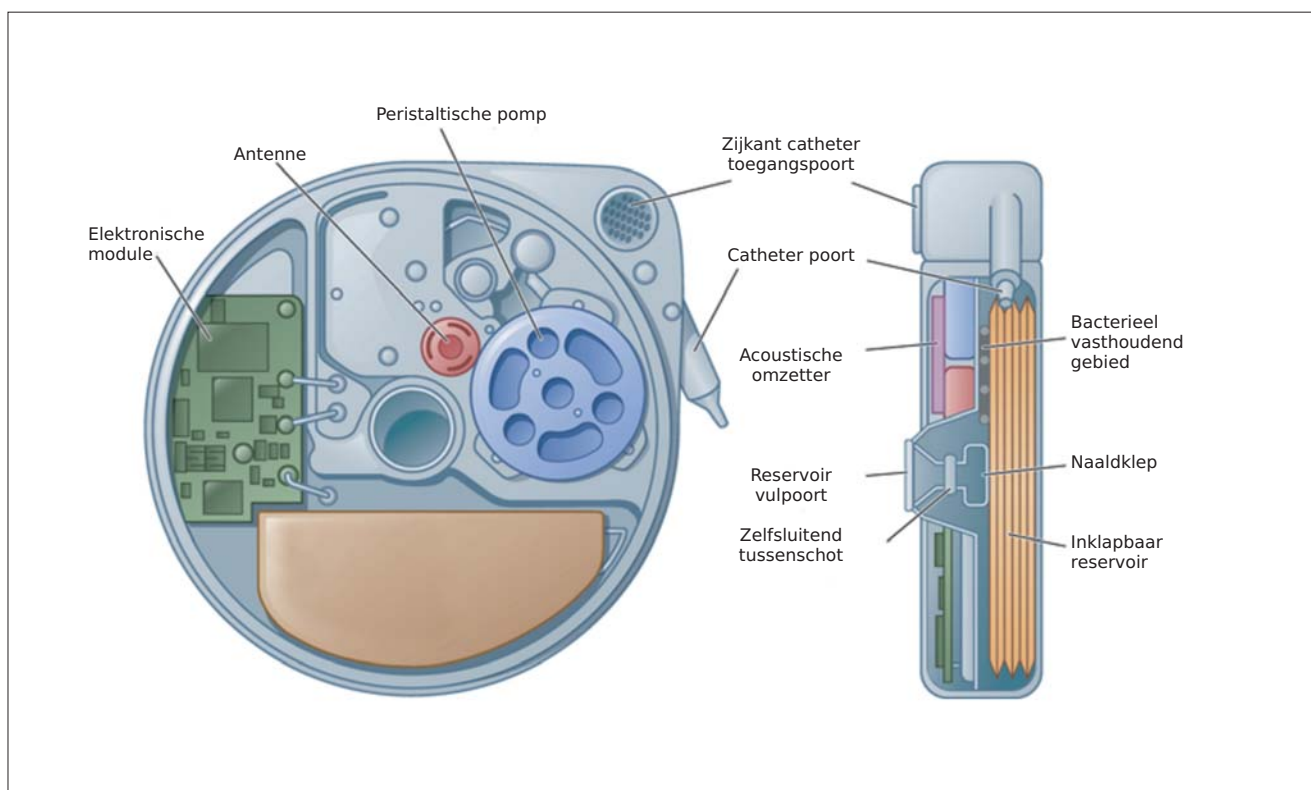
Pomp op onderbuik

Voor deze laatste groep patiënten is de PUMP-studie bedoeld. Het doel van de studie is te onderzoeken of regionale chemotherapie de kans op terugkeer van de kanker in de le-

ver verkleint en daarmee de levensverwachting van deze patiënten verbetert. De chemotherapie wordt toegediend via een pomp die met een operatie onderhuids op de onderbuik wordt geplaatst. De pomp is via een slangetje verbonden met de slagader rechtstreeks naar de lever. De pomp wordt meestal geplaatst tijdens de operatie waarbij tegelijkertijd de uitzaaiingen in de lever worden verwijderd.

De chemotherapie begint zodra de patiënt is hersteld van de operatie. Het medicijn (floxuridine) wordt bijna volledig in de lever afgebroken. Hierdoor komt er nauwelijks chemotherapie buiten de lever en heeft de patiënt geen bijwerkingen, zoals misselijkheid, huidklachten, haaruitval of gevoelsverlies. Daarnaast kan de chemotherapie lokaal in de lever heel hoog worden gedoseerd zodat het effect daar maximaal is.

**"Langer leven door
voorkomen van
uitzaaiingen!"**



Het doel van deze studie is het voorkomen van nieuwe uitzaaiingen in de lever. De verwachting is dat hierdoor patiënten langer leven.

Ontwikkeld in de VS

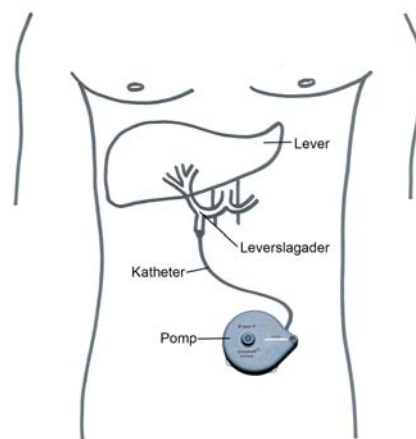
De hier beschreven vorm van regionale chemotherapie is ontwikkeld in het gerenommeerde Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) in New York. Een recente wetenschappelijke publicatie in het toonaangevende tijdschrift *Journal of Clinical Oncology* liet zien dat patiënten met deze behandeling mogelijk gemiddeld twee tot drie jaar langer leven. De behandeling is op dit moment wereldwijd voorbehouden aan een beperkt aantal ziekenhuizen, aangezien voor de uitvoering van de behandeling specifieke kennis en kunde nodig is. De PUMP-studie wordt daarom gedaan in nauwe samenwerking met het MSKCC. De betrokken chirurgen en medisch oncologen in Nederland zijn getraind door het team in New

York. Zij willen met de PUMP-studie definitief aantonen dat regionale chemotherapie de overleving van patiënten met uitzaaiingen van dikke darmkanker in de lever verbetert.

De studie wordt financieel ondersteund door het KWF en is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de SPKS patiëntenvereniging. Patiënten die deelnemen aan de studie zullen worden geloot. Dit betekent dat de helft van de patiënten de aanvullende regionale chemotherapie krijgt en de andere helft niet. Dit is nodig om te bewijzen dat de behandeling echt werkt. In totaal zullen er 230 patiënten deelnemen aan de studie.

Met dank aan het onderzoeksteam
PUMP-studie

Voor meer info kunt u contact opnemen met
Drs. Florian Buisman, Telefoon 010-7042125
E-mail f.buisman@erasmusmc.nl



Leden onderzoeksteam

Dr. Bas Groot Koerkamp (hoofonderzoeker)
Chirurg in het Erasmus MC Kanker Instituut
Telefoon 010-7031810
E-mail b.grootkoerkamp@erasmusmc.nl

Prof. Dr. Kees Verhoef
Chirurg in het Erasmus MC Kanker Instituut
Telefoon 010-7041506
E-mail c.verhoef@erasmusmc.nl

Drs. Florian Buisman
Studie coördinator PUMP studie
Telefoon 010-7042125, 06-43670987
E-mail f.buisman@erasmusmc.nl



Technisch geneeskundige

De opkomst van een nieuw medisch specialisme



Slogan Firma Demcon

Op de afdeling Radiotherapie van het UMCG staat een nieuwe, door de Firma Demcon ontworpen robotarm die bij het wegsnijden of verwijderen van weefsel (ablatie) tumoren nog beter en veel preciezer kan bereiken. De voortschrijdende techniek in ziekenhuizen vraagt om artsen die deskundig zijn op het gebied van deze nieuwe technieken. En die zijn er: de TG's ofwel de Technisch Geneeskundigen. In het UMC Groningen werkt de ervaren chirurg Koert de Jong samen met TG Simeon Ruiter.

Technisch geneeskundigen combineren de nieuwste technische mogelijkheden met de geneeskundige praktijk. "Het vakgebied is relatief nieuw, maar nu al niet meer weg te denken," zegt chirurg De Jong. "Er is een sterke behoefte aan artsen die op beide gebieden deskundig-

heid in huis hebben. Ons specialisme, het behandelen

van de lever, heeft behoefte aan artsen die ook technisch opgeleid zijn. Want de

technische ontwikkelingen volgen elkaar op dit moment razendsnel op. Wat zou het niet zonde zijn als we daar, door gebrek aan kennis en opleiding, geen gebruik van zouden maken. De TG dicht echt een kloof. We zijn hier in ons ziekenhuis erg blij met hen."

Dubbele interesse

Technisch geneeskundige Simeon Ruiter kwam bij deze studie terecht

omdat hij zowel techniek als geneeskunde interessant vond. Hij twijfelde over de keuze voor een studie en ontdekte dat deze opleiding voldeed aan zijn dubbele belangstelling voor de technische en medische wetenschap. Hij vindt de combinatie het aantrekkelijkste aan het vak. "Ik heb hier bewust voor gekozen."

Bij het UMCG volgt hij een tweejarig fellowship, dat is - in zijn geval - een opleidingsproject waarin hij zich kan specialiseren binnen een bepaalde medische discipline. Hij wordt opgeleid om ingewikkelde medische technologie toe te passen en in te voeren binnen de leverchirurgie.

In het UMCG gaat het om een nieuw ontworpen naaldpositioneringssysteem (de robotarm) om nog nauwkeuriger tumoren te kunnen aanprikken bij behandelingen als MWA* en RFA*.

"Hij wordt een nieuw soort specialist" vertelt Koert de Jong, "een

TG is al niet

meer weg

te denken



ablatiespecialist.” Dat houdt in dat hij ook de patiëntenzorg rondom alle minimaal invasieve behandelingen van levertumoren in zijn pakket krijgt. Het nieuwe systeem waar Ruiter mee werkt bestaat uit een kop met een naaldgeleidingsmechanisme. Dat wordt rond de tumor van de patiënt geplaatst en gaat samen met de patiënt de CT-scan in. Het systeem zoekt de beste behandeloptie en vervolgens kan de arts de naald in het mechanisme klemmen en verder zelf bedienen.

Hoe ontvangt de werkvloer zo’n nieuwe specialist?

De Jong: “Er is altijd weerstand tegen iets nieuws, dat heeft met onbekendheid te maken.” Maar de angst dat technisch geneeskundigen ‘de markt’ voor reguliere artsen zouden verdringen, vindt hij onzin. “De

toegevoegde waarde van deze nieuwe beroepsgroep wordt snel onderkend bij onze staf waarin samenwerken voorop staat. Wij behandelen gezamenlijk een aantal aandoeningen van lever, alvleesklier, galblaas en galwegen, meestal door middel van een operatie. Een ablatiespecialist is dus een waardevolle toevoeging: het is niet altijd noodzakelijk te snijden. Het belang van de patiënt staat voorop. Kijk eens naar de kwaliteit van leven na een ablatie. Een of hoogstens twee nachties ziekenhuis, weinig bijwerkingen en dan kan de patiënt weer naar huis. Vergelijk dat maar eens met de herstelfase na een operatie.”

Ruiter: “Met behulp van dit nieuwe systeem hopen we de procedures nog preciezer te maken zodat we

Geneeskundige

In 2003 begonnen de eerste Technisch Geneeskundigen hun opleiding aan de Universiteit Twente in Enschede. Inmiddels zijn er ruim 250 afgestudeerd en is de opleiding op meer universiteiten te volgen. De opleiding bestaat uit een driejarige bachelor technische geneeskunde/klinische. Daarna volgt een driejarige master Technical Medicine, die wordt afgesloten met twee jaar klinische stages.

Ablatie

Dat is een medische term voor wegsnijden of verwijderen van weefsel. Dit kan op verschillende manieren gebeuren, bijvoorbeeld met een scalpel of een laser.

zo mogelijk de hele tumor kunnen verwijderen. Ik ga me in de toekomst ook bezig houden met radio-embolisatie. Met die behandeling spuiten we hele kleine bolletjes die geladen zijn met radioactieve stof via een liesslagader de lever in. Daardoor worden de tumoren zeer lokaal bestraald. Technisch geneeskundigen zijn niet alleen bezig met het toepassen van technologie, we brengen een expertise binnen die de kwaliteit van zorg verbetert.”

In de uitzending van Zorg nu van was een verslag te zien van deze behandeling in het UMCG. Te vinden op uitzending gemist van Zorg nu.

Bron **UMCG** en **Zorg nu**

Genezen van kanker, maar toch nog klachten!

Lichamelijk herstel bij bestralingsschade aan de darm



Leven na kanker, dat is iets anders dan gewoon de draad van het leven van vóór de diagnose weer oppakken. Na de diagnose gaat het vooral of alleen om overleven. Een heleboel vragen gaan door je hoofd. Welke mogelijkheden zijn er qua behandeling? Moet ik geopereerd en/ of bestraald worden? En hoeveel procent kans heb ik om te overleven? Al snel worden deze vragen gevolgd door wat de gevolgen zijn van de behandeling. Want de behandelingen zijn voorbij; het is tijd om je leven weer op te pakken. Dat klinkt makkelijk, maar dat is het niet. Want kanker en de behandeling hebben vaak een grote invloed op het dagelijkse leven.

Bestraling speelt een belangrijke rol bij de behandeling van sommige gynaecologische, urologische en gastro-enterologische tumoren. Bij een klein aantal patiënten die op het kleine bekken worden bestraald treden later klachten op van de dikke of dunne darm. Er is dan sprake van blijvend functieverlies door vaat- en slijmvliesafwijkingen met bacteriële overgroei en een slechte opname van voedingsstoffen vanuit de darmen. Dit kan leiden tot klachten als een verhoogde ontlasting frequentie, krampen, loze aandrang en verlies van slijm tot incontinentie voor ontlasting, chronische bloederige diarree en pijnklachten. Deze klachten noemen we late bestralingsschade en is één van de mogelijke gevolgen van de kankerbehandeling met een behoorlijke impact op kwaliteit van leven.

Het maken van een wandeling is geen vanzelfsprekendheid meer als er altijd een toilet in de buurt moet zijn. Bewegingsvrijheid wordt zeer beperkt.

Zo ook bij meneer Sonneveld. In 2012 werd hij geconfronteerd met de diagnose prostaatkanker. De behandeling bestond voor hem uit bestraling van de prostaat en de omliggende klieren. "Al tijdens de bestralingen merkte ik dat ik minder controle kreeg over mijn ontlasting en dit is na de bestralingen alleen maar erger geworden. Dan kwam ineens de ontlasting opzetten en moest ik echt een toilet in de buurt hebben, want anders kon het weleens fout gaan. Soms kwam het ook wel 3 of 4 keer achter elkaar. Maar ja, je wist natuurlijk nooit wanneer." Het had een behoorlijke impact op zijn zelfvertrouwen en zijn sociale leven had eronder te lijden. "Als ik met mijn vrouw ging winkelen dan kon het zo maar zo zijn dat zij een uur bij de C&A was en dat ik de helft van de tijd op de wc in de Hema zat. Ik was altijd aan het kijken waar een toilet was, in elke winkel." Gelukkig wees zijn radiotherapeut hem op de mogelijkheid van hyperbare zuurstoftherapie.



Marjon Zijlstra Fotografie

‘Er is eigenlijk geen andere behandeling mogelijk’, zegt Dr. Mearadji, chirurg uit het Bravis ziekenhuis. ‘Late bestralingsschade is een onomkeerbare aandoening, wordt meestal erger in plaats van minder. Als voorbeeld, patiënten komen jaren na bestraling op mijn spreekuur met rectaal bloedverlies, verwezen door de huisarts op verdenking van aambeien, maar dan blijkt dat patiënt ook is bestraald en er sprake is van bestralingsschade. Hyperbare zuurstoftherapie kan dan een mogelijke oplossing zijn’.

Hyperbare zuurstoftherapie is het inademen van 100% zuurstof onder een verhoogde omgevingsdruk. Het zorgt voor een toename van de hoeveelheid zuurstof in het bloedplasma tot een factor 18. Hierdoor komt het ook in de weefsels terecht die door de bestraling zijn beschadigd en slecht doorbloed zijn geraakt. De overmaat aan zuurstof stimuleert herstel van beschadigd

weefsel o.a. door aanmaak van nieuwe bloedvaatjes en mobilisatie van groeifactoren en stamcellen. Klachten zoals pijn, fibrose en oedeem verminderen en bloed in ontlasting of urine verdwijnt. Hyperbare zuurstoftherapie is een effectieve behandeling van late bestralingsschade met goede uitkomsten op het gebied van kwaliteit van leven. Maar liefst driekwart van de patiënten die bij het IvHG zijn behandeld voor late bestralingsschade rapporteerde een verbetering van kwaliteit van leven.

Bij meneer Sonneveld heeft hyperbare zuurstoftherapie geholpen. “Tegen het einde van de behandeling merkte ik de eerste positieve effecten, ik hoefde niet meer zo vaak naar het toilet. Het heeft mij zeker verlichting van de klachten gegeven.” De behandeling is hem meegevallen. “We hadden een gezellige groep mensen, niemand keek ergens raar van op en het

werkte ook wel motiverend om met z’n allen in de kamer te zitten”. Wat hij anderen wil meegeven is het volgende:” Natuurlijk is het intensief en soms vond ik het ook wel vermoeiend. Maar ga het in ieder geval proberen, het is de moeite waard”.



Hyperbare zuurstoftherapie is erkend door Zorginstituut Nederland, de behandeling wordt volledig vergoed vanuit de basisverzekering. Voor meer informatie zie www.ivhg.nl

EEN SNELLER HERSTEL EN LANGER FIT MET HOOGWAARDIG EIWIT!

Easy-to-Eat

Easy-to-Eat is het "Bouwsteentje" voor mensen met slikproblemen en is deze tevens vrij van gluten en bindmiddelen. Easy-to-Eat bevat net als het Bouwsteen-gebakje 8 gram hoogwaardig eiwit per kleine portie.

Naast glutenvrij is Easy-to-Eat gemaakt van volledig natuurlijke grondstoffen en vrij van E-nummers.

Easy-to-Eat heeft amylaseresistente eigenschappen en zal zijn consistentie behouden en zo de dysfagiepatiënt helpen om op een veilige manier te slikken.

TOETJE OF TUSSENDORTJE

Easy-to-Eat is speciaal ontwikkeld voor mensen die extra kracht nodig hebben maar alleen dik-vloeibare of fijn gemalen voeding kunnen eten. Het is een tussendoortje en gebaksdessert op basis van frisse zuivel met geconcentreerd hoogwaardig wei-eiwit. Easy-to-Eat is zo zacht dat het als vanzelf smelt in de mond. In de mond behoudt het zijn consistentie. Daarom kan Easy-to-Eat probleemloos worden gegeten door mensen met een slikstoornis. Dankzij de hoge concentratie wei-eiwitten (8 gram per portie) draagt Easy-to-Eat bij aan een betere conditie en helpt het de weerstand ondersteunen.



Easy-to-Eat kan meerdere keren per dag gegeten worden, bijvoorbeeld als lekkernij, tussendoor of als nagerecht.

Easy-to-Eat is verkrijgbaar in de smaken framboos en tropical en worden geleverd door onderstaande Zorggroothandels. Per smaak per 4 porties verpakt.

Voor particulieren is Easy-to-Eat verkrijgbaar bij Jumbo Supermarkten, 4 stuks voor € 4,99

JUMBO

