

- Pg. 1 • Editoriaal.
Pg. 2 • Zin en onzin van en dure hartoperatie
• Boekentip.
Pg. 4 • Sporten en hartritmestoornissen.
• Psoriasis : meer kans op hartritmestoornis en beroerte.
Pg. 5 • Een patiënt vertelt.
Pg. 6 • De 100-centrales vertellen hoe een hartmassage wordt gegeven.
Pg. 7 • België blijft achter met het geven van zeggenschap aan patiëntenorganisaties.
Pg. 8 • Vraag en antwoord • Bedanking.
• Wie heeft zijn lidgeld nog niet betaald ?

Inhoudstafel

Editoriaal



Er werd me reeds enkele malen de vraag gesteld over de eventuele meerwaarde van "het lid zijn" van onze patiëntenvereniging BIPIB. Het "oppervlakkig" antwoord hierop is een verwijzing naar onze doelstellingen die we in onze statuten plaatsten bij de stichting van BIPIB. Veruit de belangrijkste doelstelling is: "Op alle mogelijke manieren hulp en bijstand verlenen aan onze patiënten en hun onmiddellijke omgeving, wanneer ze er om vragen". Dat gebeurt heel regelmatig! En dat is volgens mij een meerwaarde. Er is echter meer. Vóór BIPIB voelde ik me als een eenzame boom in de woestijn, een witte merel! Het is pas toen we goed en wel gestart waren met onze patiëntenvereniging dat ik stelselmatig aanvoelde dat er nog een heleboel mensen waren met een defibrillator. Nog medemensen die zich eenzaam voelden. Weer een meerwaarde. Het gevoel niet meer alleen te zijn : dat is voor mij een enorme steun. Nog een meerwaarde! Is de ervaring dat verschillende mensen, in de raad van bestuur en in de patiëntenraad, samen met onze cardiologen en de industrie, bijna dagelijks bezig zijn om de levenskwaliteit van onze patiënten en hun omgeving zo optimaal mogelijk te maken. Beste leden, ik hoop dat jullie ook die meerwaarde ervaren, en dat jullie, net als ik, beseffen dat: "Hoe meer patiënten we kunnen bereiken, hoe meer mensen van die meerwaarde kunnen genieten".

Uw voorzitter,
Germain Beckers.

Op dinsdag 7 februari 2012 stond op bladzijde 18 van "Het Nieuwsblad" een interessant artikel van de hand van Koen Baumers. Hij opent met de delicate vraag: "Een dure hartoperatie voor een 80-plusser: moet dat nog?", een polemieek die in de lijn ligt van onze gedachtengang en de aandacht vestigt op wat één van de gevolgen kan zijn van het maken van onderscheid tussen patiënten volgens bepaalde criteria. Wij nemen hieronder het artikel over:

"Delicate vraag rijst nu het aantal geopereerde bejaarden met 300 procent stijgt. Het aantal 80-plussers dat aan het hart geopereerd wordt, is in vier jaar tijd spectaculair gestegen. Het gaat om dure ingrepen die het ziekenfonds terugbetaalt.

"De operaties zijn technisch perfect mogelijk, maar we moeten ons afvragen of ze nog wel de moeite lonen".

Zin en onzin van een dure hartoperatie.

Ons artikel en open brief aan de parlementariërs in onze vorige News hebben veel deining te weeg gebracht. Wij ontvingen diverse reacties van verschillende mensen en uit verscheidene hoeken. Hoeft het nog gezegd dat, op een paar uitzonderingen na, de overgrote meerderheid verontwaardigd en met onbegrip reageerde op de genomen maatregelen?

Er waren in 2006 welgeteld 1.327 bejaarden geopereerd aan hun hart. In 2010 is dat aantal gestegen tot 1.713. Een stijging met 30 procent in vier jaar, goed voor in het totaal 4,5 miljoen euro kosten voor het Riziv. En in dat bedrag zijn het ziekenhuisverblijf en de kostprijs van geneesmiddelen nog niet meegerekend.

Zo'n hartoperatie dat levens redt kost veel geld. Maar is zo'n zware - en dure - operatie nog wel nuttig bij iemand die al tachtig jaren op de teller heeft? Medische en ethische experts buigen zich over die delicate vraag. Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE), bijvoorbeeld. Dat bekeek onlangs of een ander soort hartoperatie ook door het Riziv terugbetaald moet worden. Een operatie die alleen al vorig jaar driehonderd keer is uitgevoerd.

De beslissing van het KCE: niet terugbetalen.

«Er wordt bij zulke operaties via de lies een hartklep ingebracht. De techniek wordt vooral gebruikt bij mensen die te zwak zijn voor gewone hartoperaties», zegt Hans Van Brabant van het KCE. «Dan moet je je wel afvragen: moet dat nog? Hun hartklep is dan wel vervangen, maar is hun levenskwaliteit verbeterd? Met de 17.000 euro die je aan die operatie zou besteden, kan je heel wat andere dingen doen om de levenskwaliteit van 80-plussers te verbeteren. Alleen al inzake manuren is dat veel geld: je kan er voor zorgen dat ze zich minder eenzaam voelen».

Boekentip.

En nog nieuws uit Scandinavië ...

Deze noordelijke streken zijn de laatste tijd de bakermat van het betere thriller-genre. Denken wij maar aan de "Millenium"-trilogie van Stieg Larson of Wallander van Henning Mankell uit Zweden, de Deense televisiereeks "The killing (Forbrydelsen)", ...

... En dan is er nog Anne Holt uit Noorwegen.

Met haar juridische opleiding was deze dame een journaliste en werkte zij bij de Noorse omroep. Zij ging bij de politie van Oslo werken als juriste en begon met het schrijven van literaire thrillers. Later schopte zij het tot minister van justitie in haar land, maar nu wijdt zij zich volledig aan het schrijven.



Moraalfilosoof Etienne Vermeersch

is formeel: «Ik zou zo'n operatie weigeren op mijn 85ste. Als mijn lichaam op is, laat het dan maar aflopen. Ik vind dat iedereen dat voor zichzelf grondig moet afwegen. Een discriminatie op basis van leeftijd mag niet, maar wel op basis van medische gegevens: een verstokte roker heeft zichzelf ziek gemaakt.

Moet die dan nog zo'n behandeling krijgen? «Bij transplantaties is er zeker geen discussie: dan moeten jongere mensen met meer maatschappelijke verantwoordelijkheden voorrang krijgen».

Een afweging maken op basis van leeftijd: cardioloog Pedro Brugada doet het al. «Maar dan wel op basis van de biologische leeftijd, niét op basis van de gewone leeftijd. Er zijn mensen van 60 jaar die totaal versleten zijn en mensen van 80 jaar die op die verkalkte aortaklep na helemaal geen problemen hebben.

Bij die laatsten moet je wél nog opereren».

«Het gaat te ver om te zeggen dat je dat sowieso niet meer mag terugbetalen», zegt Van Brabandt «Het beste is om het geval per geval af te wegen.

Wie nog vele jaren te gaan heeft en om technische redenen niet op de normale manier geopereerd kan worden, verdient wél terugbetaling maar de patiënten moeten goed weten dat een operatie niet alle problemen oplost».

De sterke stijging heeft Van Brabandt ook verrast. «Ze kan niet alleen een gevolg zijn van de vergrijzing. Hier moet dus grondig worden over nagedacht».

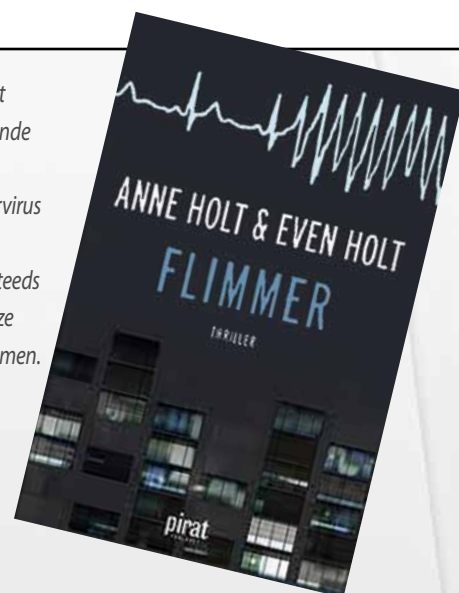
Haar broer, Even Holt, is een gerenommeerde cardioloog. Samen schreven zij in 2010 het boek "Flimmer", wat het Noorse woord voor fibrillatie is. In deze triller speelt de ons bekende ICD de minder fraaie rol van moordwapen.

Ergens op de wereld heeft iemand de programmatuur van het toestel met een computervirus besmet en de gevolgen zijn uiterst dodelijk.

Het boek van Holt & Holt verdient enige aandacht omdat onze ingeplante defibrillator steeds meer aan een breder publiek wordt voorgesteld, zij het dan op een manier waarvoor onze "engelbewaarder" niet bedoeld is: in de plaats van levens te redden worden levens genomen.

Voor wie van het genre houdt en geen angsthaas is ...

("Flimmer" uitgegeven bij Piratvorlaget, Oslo is in het Nederlands verschenen onder de titel "Hartslag", uitgegeven door De Bezige Bij, Amsterdam).



De Noorse onderzoeker Knut Gjesdal trok heel veel aandacht bij de laatste Europese Hartconferentie in Parijs. Het besluit dat hij uit zijn onderzoek onder meer dan vierhonderdduizend Noren kon trekken, was dat mannen die regelmatig sport beoefenen twee tot drie keer meer hartritmestoornissen krijgen dan mannen die niet of nauwelijks sporten.

Sporten en hartritmestoornissen.

Meer nog, hoe intensiever er getraind wordt, hoe hoger het risico wordt dat er een voorkamerfibrillatie optreedt. Op zich is dit type ritmestoornis niet direct levensbedreigend, maar de kans op bloedstolsels verhoogt en deze kunnen dan weer leiden tot een hartinfarct of een beroerte.

Aan de hand van bevolkingsonderzoeken vanaf 1974 tot 2003 werden gezonde Noren in de leeftijdscategorie van 30 tot 80 jaar bestudeerd.

Er werd gekeken naar hun sportbeoefening en naar het al dan niet voorkomen van hartritmestoornissen. Het tijdstip waarop deze optreden werd ook zorgvuldig bijgehouden.

Hartritmestoornissen bleken vaker dan gemiddeld voor te komen bij mannen die zich fervent met sport bezig hielden. Maar uit dit onderzoek kwam ook nog een bijkomende merkwaardigheid boven water die evenzeer de aandacht trekt: bij vrouwen kon dit

verband niet worden aangetoond. Men tast in het duister naar de achterliggende redenen hiervoor, maar men vermoedt wel dat het feit dat vrouwen vroeger minder fel met sport bezig waren



een rol zou kunnen spelen.

Professionele atleten en topsporters worden volgens Knut Gjesdal al voldoende bestudeerd en opgevolgd. Bij hen werd reeds eerder aangetoond dat zij vaker bloot staan aan het gevaar van het krijgen van hartritmestoornissen. Het verband dat nu voor vrijetijdssportbeoefenaars aan het licht komt, vindt hij zelf het bijzonderste van zijn onderzoek.

Specialisten hebben er een hele kluit aan om uit te maken of het verband tussen sporten en hartritmestoornissen oorzakelijk mag worden genoemd. Andere invloeden zoals lengte, leeftijd, gewicht, ... moeten ook in de weegschaal gelegd worden. Men kan bijvoorbeeld zo ook aantonen dat hoe ouder en hoe groter men is, hoe hoger de kans is op een hartritmestoornis. Wat de uitkomst van het onderzoek verder ook moge zijn, wie in zijn luie stoel blijft zitten, komt bedrogen uit. Het advies om meer te bewegen en te sporte(le)n wordt er niet mee ingetrokken.

Een meerderheid van sportende mannen zal levenslang een normaal hartritme houden. De voordelen van het sporten zijn bewezen en wegen zeker op tegen de nadelen ervan. Bovendien heeft men door het beoefenen van een sportactiviteit doorgaans een lagere bloeddruk, betere cholesterolwaarden en een tragere hartslag.

Drie belangrijke elementen die hartziekten kunnen voorkomen.

Psoriasis : meer kans op hartritmestoornis en beroerte.

In Scandinavië lijkt men zich veel met hartritmestoornis bezig te houden. Een Deens rapport, verschenen in het European Heart Journal, maakt melding van het feit dat mensen met psoriasis bijna drie maal meer risico hebben op het krijgen van een beroerte of hartritmestoornissen.

De studie onderzocht 4,5 miljoen mensen in een periode van tien jaar (van 1997 tot 2006) en ontdekte 36.765 mensen met een milde psoriasis en 2.793 met een ernstigere vorm. Uit de analyses blijkt dat jonge mensen met een ernstige vorm van de huidaandoening het meeste risico lopen.

Patiënten onder de 50 jaar met een milde vorm hebben 50% meer kans op boezemfibrillatie en 97% meer kans op een beroerte dan mensen zonder de ziekte. Het risico verhoogt respectievelijk met 198% en 180% wanneer het een ernstige vorm van psoriasis betreft. Voor de leeftijdscategorie boven de 50 jaar kan men ook een verhoogd risico aantonen, maar het is beduidend kleiner.

bron : www.gezondheid.be

Een patiënt vertelt:

En die dag...

Het was in de maand juli van 2003. Ik was 50 jaar en mijn hart bruiste van levensvreugde. Op het werk noemde men mij "Speedy" omdat ik zo veel levensvreugde in mij had. Ik was vol overgave voor mijn werk want ik ervoer het als een plezier.

Op een dag zette men waar ik werk, een vzw op: "AXA Hart".

In tegenstelling tot andere firma's bestond ons devies eruit projecten van andere verenigingen te helpen te realiseren door een fysieke hulp te bieden van onze leden en daar waar nodig ook financieel bij te springen. Wat een mooie doelstelling: «Anderen

kunnen helpen die menselijke warmte en begrip nodig hebben, terwijl ik zelf in goede gezondheid verkeerde!!!».

Voor de verwezenlijking van een project in samenwerking met AXA Frankrijk en AXA België, vertrokken wij met fietsers, lopers, een volggroep en een arts die een rolstoelpatiënt begeleidde, vanuit Brussel naar Rijsel.

Ons doel was om fondsen te verzamelen voor de aankoop van een scanner voor het onderzoek naar beenderziekten in een hospitaal.

Elke dag sprong ik op mijn fiets om de politie te helpen kruispunten af te zetten tijdens de doortocht van onze groep. Op de laatste dag werd ik overmand door vermoeidheid, maar ik wilde dit project afwerken.

Eens in Rijsel aangekomen, kreeg ik ademhalingsmoeilijkheden.

Ik sprak erover met een collega en besloot niet meer aan de afsluiting deel te nemen, maar naar Brussel terug te keren.

Onderweg moest ik verscheidene keren halt houden omdat ik pijn in de borst en in de arm ondervond. Ik besloot een onderkomen te zoeken bij een vriend in de buurt van leper, maar het kwaad was geschied. Een arts werd ter plaatse geroepen en stelde een zwaar infarct vast. Een ziekenwagen brengt mij naar het ziekenhuis. Ik denk dat ik drie dagen in coma heb gelegen.

Ik word nadien naar het Erasmus-ziekenhuis getransporteerd en onderga er een viervoudige overbrugging.

Ik moest opnieuw "binnen" voor het syndroom van Dressler. Wanneer ik probeer het werk te hervatten, krijg ik verschillende keren te maken met flauwtes. Tijdens één van de spoed-

opnames raadt een cardioloog in het Sint-Elisabethziekenhuis mij aan een pacemaker-defibrillator te laten inplanteren.

Ik wens iedereen het vertrouwen toe dat ik stelde in deze cardioloog. Met een goede verhouding tussen cardioloog en patiënt is de helft van de weg al afgelegd.

De verwickelingen stapelden zich echter op, flauwtes met bewustzijnsverlies, vermoeidheid, ...

Na een nieuwe zware inzinking wordt er overgegaan tot een ablatie, gevolgd door een tweede. Maar de toestand verbetert niet tussen 2010 en 2011. Het besluit wordt genomen om een pacemaker-defibrillator met drie leads in te planten in het hospitaal van Jolimont.

En nu ben ik weer op de been, kan weer lachen en heb mijn levensvreugde herwonnen. Er is natuurlijk een klein beetje angst want mijn hart is niet in al te beste staat, maar ik ben de artsen, chirurgen en experts zeer dankbaar dat zij toestellen ontwikkelden die voor patiënten weer een zin aan het leven geven.

Na mijn eerste operatie stel ik vast dat mijn leven als het ware ondersteboven wordt gekeerd. Ik heb de dood van zeer dichtbij in de ogen gekeken. Ergens boven mij heeft er iemand voor gezorgd dat ik door de inbreng van een arts een tweede kans heb gekregen. Sinds dan geniet ik van elk moment van het leven. Ik probeer mijn dag positief af te sluiten en laat futiliteiten aan mijn voorbijgaan. Ik deel mijn levensvreugde mee aan hen die ze nog niet gevonden hebben. Ik bewonder de schoonheid van de natuur.

Aan alle ander patiënten zeg ik: «Als je vertrouwen hebt in je cardioloog, in de chirurg die de ingreep zal uitvoeren, in de mensen die je omringen (familie en vrienden) en als je daarbij ook vertrouwen hebt in jezelf, dan zal je elke morgen, zoals ik zeggen: HET LEVEN IS MOOI EN MOET MOOI BLIJVEN !!!».



De 100-centrales vertellen hoe een hartmassage wordt gegeven.

Het is algemeen geweten dat bij een hartstilstand de eerste tien minuten van levensbelang zijn. De eerste vijf à zes minuten zijn zelfs cruciaal indien men een onherstelbaar hersenletsel wil vermijden. Het is op zo een ogenblik niet alleen een kwestie van leven en dood, maar ook van behoud van levenskwaliteit.

Men kan stellen dat per minuut zonder hartmassage de kansen van overleven met $\pm 10\%$ afnemen. Deskundige hulp is doorgaans op zo een korte tijd niet beschikbaar. Gemiddeld zou het van 8 tot 12 minuten duren eer hulpdiensten ter plaatse zijn, zodat de overlevingskans tot een angstwekkend minimum daalt als er niemand in die tussentijd actie onderneemt. Bovendien krijgt momenteel minder dan één slachtoffer op de drie hulp van omstaanders.

Volksgesondheid besloot daarom enige tijd geleden enkele proefprojecten op te starten met het "Phone-CPR"-systeem. Het zorgt voor een reanimatie per telefoon en de oorsprong ervan ligt in de Verenigde Staten. De werking ervan is zeer eenvoudig.

Wanneer men de hulpcentrale belt, krijgt men een geschoolde operator aan de lijn.

Eerst zal deze persoon ervoor zorgen dat hij weet waarheen hij welke medische bijstand moet sturen. Daarna zal hij vragen om na te gaan of het slachtoffer bij bewustzijn is en nog ademt. Indien dit niet meer het geval is, zal deze telefonische hulp uitleg geven over wat er verder moet gebeuren.



Hij of zij zal uitleggen hoe men een hartmassage kan uitvoeren: waar men de handen plaatst en met welk ritme er gedrukt dient te worden, hoe diep en hoe hard.

Het reanimeren van iemand is zelfs voor mensen met een medisch beroep niet evident of makkelijk. Het is een handeling waarbij onvermijdelijk stress en emoties loskomen. De proefprojecten wezen uit dat ook gewone mensen kan duidelijk gemaakt worden wat ze moeten doen.

De hartmassage wordt zo eenvoudig mogelijk gehouden en mond-op-mondbeademing blijkt zelfs overbodig. De proefprojecten werden met succes afgesloten.

Op één maand tijd werden in één van de deelnemende centrales acht mensen gered met deze telefonische hulp. De overheid heeft nu besloten om het systeem vanaf oktober 2011 uit te breiden over alle hulpcentrales van het land. Twee gouden regels zijn altijd toepasbaar en zouden bij iedereen een automatisatie moeten zijn:

- 1) **eerst de hulpdiensten verwittigen**
- 2) **niets doen is fout: hartmassage, eender hoe, is beter dan geen hartmassage.**

Je bent op straat en de persoon naast je zijt plots neer: een hartstilstand! Wat doe je?

- 1) blijf kalm en verwittig de hulpdiensten via de noodnummers 100 of 112,
- 2) geef informatie aan de persoon aan de telefoon: waar ben je? Wat is er gebeurd? (de dichtstbijzijnde ziekenwagen of MUG zal gestuurd worden),
- 3) de operator zal vragen of het slachtoffer bij bewustzijn is en te controleren of er nog een ademhaling en hartslag aanwezig is,
- 4) moet je hierop "neen" antwoorden, start dan onmiddellijk met een hartmassage. Je zal telefonisch begeleid worden.

5) De hartmassage komt er eigenlijk op neer om het slachtoffer op een harde ondergrond te leggen en het borstbeen ritmisch in te drukken. De massage gebeurt met beide handen, waarbij de muis van de ene hand op de rug van de andere hand rust. Je mag de borstkas ongeveer 5 centimeter vrij hard indrukken.

De hele tijd zal je gesprekspartner in de hulpcentrale aan de lijn blijven om je te helpen en te begeleiden. Wanneer de hulpdiensten aankomen zullen zij de hartmassage overnemen.



België blijft achter met het geven van zeggenschap aan patiëntenorganisaties.

Als wij even in onze buurlanden rondkijken, komen wij tot een ontstellende vaststelling:

Nederland: de artsenbonden, de ziekenfondsen én de patiëntenorganisaties zitten samen in de beslissende raden van de ziekteverzekering. Lokale besturen zijn bij wet verplicht om patiënten mee te laten beslissen in hun initiatieven die betrekking hebben op de gezondheid.

Duitsland: patiëntenverenigingen zetelen in het raadgevende comité voor het gezondheidsbeleid.

Frankrijk: patiëntenorganisaties hebben sinds 10 jaar bij wet een plaats verworven in de Haute Autorité de Santé. Elk ziekenhuis is verplicht om patiënten op te nemen in de interne raden.

Groot-Brittannië: patiënten hebben reeds lang hun vaste stek in de Britse National Health Service en zij hebben medezeggenschap in de richtlijnen voor behandelingen.

Een recente studie van de OESO gaf België de slechtst mogelijke score voor het betrekken van patiënten bij de besluitvorming: een nul! Patiënten hebben geen enkele inspraak en worden zelfs niet betrokken bij besprekingen die hen aanbelangen zoals innoverende behandelingen (zie ook ons artikel over het onderscheid van ICD-patiënten in onze News 8), terugbetaling van

nieuwe geneesmiddelen, aanbod van zorgcentra per regio, enz...

Ook de Koning Boudewijnstichting is al jaren de mening toegeedaan dat men beter de patiënten mee in de gezondheidszorg zou betrekken. Zij steunt meerdere projecten die handelen over deelname van patiënten. Het knelpunt zou liggen in het feit dat de ziekenfondsen zich niet alleen opstellen als verzekeraars maar tegelijk ook als de vertegenwoordigers van haar leden, de patiënten. Patiëntenorganisaties en ziekenfondsen werken inderdaad soms samen, maar zij dienen meestal niet dezelfde belangen...

In de reeks "Patiëntenparticipatie in gezondheidszorg en gezondheidsbeleid" publiceerde de Koning Boudewijnstichting een interessant rapport: "Hefbomen voor een betere patiëntenparticipatie. Nieuwe praktijken en mogelijkheden voor erkenning en financiering - Hoe patiëntenparticipatie in België optimaliseren?" (2011).

Wij onthouden vooral het besluit: "Als patiëntenverenigingen en gebruikersgroepen in ons land er echter beter willen in slagen om hun maatschappelijke rol te benutten, lijkt een door het beleid gesteunde verschuiving van een informele naar een meer formele erkenning en financiering wenselijk".



Vraag ... en antwoord

Mijn 23-jarige vriend heeft sinds een vijftal jaar een defibrillator en ik vraag me af of hij met zijn defibrillator mag deelnemen aan laser-games. Hij zou dit namelijk graag eens doen. Ik heb reeds contact opgenomen met een centrum dat dergelijke spelen organiseert, maar daar konden ze me niet verder helpen. Hopelijk kunnen jullie dat wel.

De laser op zich stelt geen probleem; maar meestal wordt er een jas gedragen die voorzien is van sensoren en gevoed wordt door batterijen. Wij verwachten hiermee wel geen problemen maar lekstromen of elektrische stoorsignalen kunnen eventueel wel optreden. Omzichtigheid blijft dan ook geboden.

Wie heeft zijn lidgeld nog niet betaald?

*Na nieuwjaar stuurden wij al onze leden een uitnodiging tot hernieuwing van hun lidmaatschap door het storten van € 12,00 lidgeld. De oproep werd goed opgevolgd zodat wij er in alle bescheidenheid uit durven besluiten dat u ons werk apprecieert. Van slechts enkelen mochten wij nog geen geldoverschrijving ontvangen. Wij zouden het spijtig vinden dat zij de voeling met onze vereniging zouden verliezen en daardoor een voor hen belangrijke informatiebron zouden missen. Wij doen hierbij nog een laatste oproep aan onze verstrooide vergeethoofden: steun ons zodat wij jullie kunnen blijven steunen!
Stort €12,- op ons banknummer BE87 0682 5048 0194
(vermelding : uw lidnummer)*

Bedanking

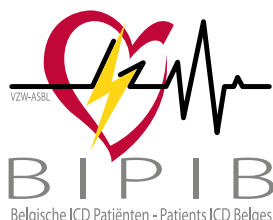
Marie Del Col schreef een eindjaarwerk over patiënten met een ingeplante defibrillator. Zij riep de hulp in van BIPIB om een vragenlijst te verspreiden onder onze leden. Tot haar verrassing – maar niet tot de onze – werd zij overstelpt met antwoorden. Langs deze weg wenst zij iedereen te bedanken die haar geholpen heeft. BIPIB blijft dergelijke initiatieven volop steunen en aanmoedigen want het draagt bij tot een betere bekendheid van de ICD zelf en de werking ervan, terwijl de ervaringen van de dragers worden belicht in al hun aspecten.

Oproep:

Help ons de informatie over het bestaan van BIPIB te verspreiden. Affiches en brochures liggen klaar om uitgedeeld te worden. Vraag uw exemplaren aan bij ons secretariaat!

Contacteer ons:

vzw BIPIB
Koning Albert I-laan, 64
1780 Wemmel
Tél. : 0487.339.849
e-mail : info@bipib.be
www.bipib.be



Verant. uitg. : Germain Beckers, Legekerkweg, 2 - B-2223 Schriek

Redactie:

Alex Devalckeneer,
André Junqué
Catherine Majot,
Philippe Bosman.

Met dank aan:

Koen Baumers,
Sylviane Berger,
Denis De Bruyne,
Tiziana Devalckeneer
Alain Dumont,
Luc Fockedeey,
Dr Peter Goethals,
Nicole Hamelrijck,
Marie-France Sermon,
Filip Timmermans,
Sylvie Vandeweyer,
Annelies Vankersschaever.