

# Alert

01

MEDISCH  
VAKBLAD

**NIEUW HARMONY-BESTRALINGSTOESTEL  
ZUIVERE ZUURSTOF OP CAMPUS MOORSELBAAN  
HET AZORG HYPERBAAR CENTRUM**

**NIEUWE RICHTLIJNEN VOOR  
HYPERTENSIE EN VKF**

# COLOFON

## REDACTIERAAD

Dorien Buyst, Dr. Geert De Naeyer,  
Dr. Stefaan Gouwy, Dr. Liesbeth Ros-  
seel, Sabine Siau, Sarah Van Staey

## FOTOGRAFIE

Kirsten Segaeert,  
Dienst Communicatie

## TEKSTEN

Dorien Buyst, Elisabeth  
Rasschaert, Sarah Van Staey

## VORMGEVING

dotplus.be

## VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Dhr. Peter Verhulst

## VRAGEN, OPMERKINGEN OF SUGGESTIES VOOR ALERT?

communicatie@azorg.be

## CAMPUS AALST

Moorselbaan 164  
9300 Aalst  
T +32 (0)53 72 41 11  
www.azorg.be

## CAMPUS MERESTRAAT

Merestraat 80  
9300 Aalst  
T +32 (0)53 76 41 11  
www.azorg.be

## CAMPUS ASSE

Bloklaan 5  
1730 Asse  
T +32 (0)2 300 61 11  
www.azorg.be

## CAMPUS NINOVE

Biezenstraat 2  
9400 Ninove  
T +32 (0)54 31 21 11  
www.azorg.be

## CAMPUS WETTEREN

Wegvoeringstraat 73  
9230 Wetteren  
T +32 (0)9 368 82 11  
www.azorg.be

## CAMPUS GERAARDSBERGEN

Gasthuisstraat 4  
9500 Geraardsbergen  
T +32 (0)54 43 21 11  
www.azorg.be

# INHOUD



**03** INHOUDSOPGAVE  
Een overzicht

**05** HARTSLAG  
Nieuws vanuit Azorg

**08** SCOOP  
Nieuwe ESC-richtlijnen

**18** ON THE MOVE  
De verhuisbewegingen binnen  
AZORG

**25** IN CIJFERS  
AZORG in cijfers

**26** Q&A  
Veelgestelde vragen  
van huisartsen

**32** WELKOM BIJ AZORG  
Nieuwe artsen bij AZORG

**36** ACADEMIEKALENDER  
Bijscholingen en congressen

# EDITO

BESTE COLLEGA,

1 januari 2025 markeert niet alleen het feestelijke begin van een nieuw jaar, maar ook een historische mijlpaal voor Aalst: de geboorte van een nieuw ziekenhuis. Het Onze Lieve Vrouweziekenhuis en het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis maken plaats voor AZORG.

AZORG staat voor zorg van A tot Z. Wij zetten ons in voor toegankelijke en hoogwaardige zorg voor elke patiënt, met een constante focus op verbetering en innovatie. Het is onze ambitie om excellente zorg te bieden voor elke patiënt. We willen een inspirerende en warme werkplek creëren voor iedere arts en medewerker.

Binnen de AZORG-familie is er ruimte voor de eigen sterke identiteit van de campussen in Asse, Geraardsbergen, Ninove en Wetteren zodat deze een laagdrempelige toegang blijven vormen voor elke patiënt.

Om u op de hoogte te houden van de groei en ontwikkelingen binnen AZORG, presenteren wij met trots dit nieuwe tijdschrift voor de huisarts: ALERT.

Een fusie brengt altijd veranderingen met zich mee en we willen hierover op een transparante manier met u communiceren. In Aalst worden diverse medische

disciplines gebundeld op één van beide locaties om op die manier een nog betere zorg te kunnen garanderen. Deze reorganisatie verloopt geleidelijk en zal tegen eind 2028 leiden tot de realisatie van twee gespecialiseerde ziekenhuiscampussen. Campus Moorselbaan krijgt een internistisch-oncologisch profiel, terwijl campus Merestraat zich zal richten op een neurochirurgisch-traumatologisch-chirurgisch profiel en de zorg voor moeder en kind zal bieden binnen een nieuw gebouw.

Deze herverdeling van de diensten -of lateralisatie- zal in verschillende fases worden doorgevoerd. We houden u en uw patiënten steeds uitgebreid op de hoogte van de veranderingen. ALERT wil echter meer zijn dan een overzicht van verhuisbewegingen; het tijdschrift biedt ook relevante en direct toepasbare informatie die nuttig is voor uw dagelijkse praktijk.

Samen met u als huisarts kunnen we de kwaliteit van zorg in onze regio naar een hoger niveau tillen. Uw ideeën, suggesties en feedback zijn daarbij van harte welkom zodat we samen aan het AZORG-verhaal kunnen schrijven.

Wij kijken ernaar uit om samen met u de nieuwe uitdagingen en kansen aan te grijpen.

Met hartelijke groet,

*Stefaan Jouwy*

Medisch Directeur  
AZORG



# #HARTSLAG

NIEUWS VANUIT AZORG



## Kwaliteitslabel voor dienst Nucleaire geneeskunde

Onze dienst Nucleaire geneeskunde ontving afgelopen zomer het kwaliteitslabel 'EARL Theranostics Center of Excellence'. Dokter Olivier De Winter licht toe: "In de snel ontwikkelende wereld van de radionuclidetherapie zijn vakkennis en samenwerking cruciaal. Gecombineerd met voldoende expertise en inzet op nieuwe technieken, laat dit ons toe om verschillende therapie-opties aan te bieden met een zorg en kwaliteit waar we trots op zijn."

## In goede handen in de erkende AZORG-borstkliniek

Sinds 1 augustus 2024 worden chirurgische ingrepen voor borstkankerpatiënten enkel nog terugbetaald als ze plaatsvinden in erkende borstklinieken. Voor vervolgbehandelingen geldt deze voorwaarde voor terugbetaling niet.

AZORG beschikt over één van de grootste coördinerende borstklinieken van het land, die ernaar streeft om aan de hoogste kwaliteitsnormen te voldoen. Patiënten zijn bij AZORG dus gedurende het hele traject in goede handen, van de diagnose over de behandeling (chemotherapie, radiotherapie,...) tot de nazorg.

Onze erkende coördinerende borstkliniek heeft een team dat bestaat uit gynaecologen, oncologen, radiotherapeuten, radiologen, anatoompathologen en plastisch chirurgen, ondersteund door gespecialiseerde borstverpleegkundigen, psychologen, kinesisten, diëtisten en een maatschappelijk werker. Deze teams overleggen wekelijks tijdens het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC), een aanpak die ervoor zorgt dat elke patiënt steeds een totaalaanbod van de beste zorg op maat krijgt.



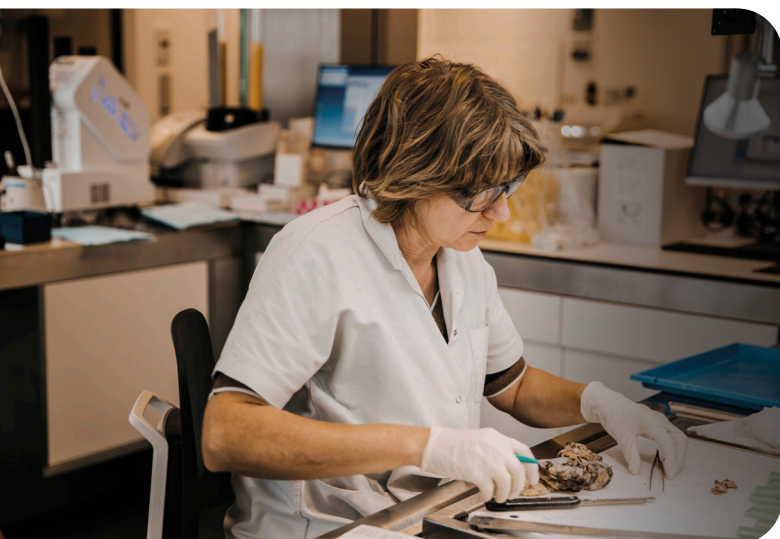
# #HART SLAG

## Pathologische Anatomie AZORG heeft reeds een BELAC-accreditatie behaald!

Naast de erkenning door Sciensano heeft de dienst Pathologische Anatomie van AZORG inmiddels de BELAC-accreditatie behaald voor Her2/Neu, HPV en EBV ISH. Dit bevestigt ons engagement voor het leveren van hoogwaardige zorg aan patiënten.

Om de kwaliteit verder te waarborgen, heeft Pathologische Anatomie AZORG ervoor gekozen om naast het lateraliseren van de Pathologiediensten van het A.S.Z. en OLV-Ziekenhuis, het nieuwe kwaliteitssysteem te onderwerpen aan een gedetailleerde audit. Gedurende vijf dagen werd het volledige proces – van staalafname tot rapportering van de resultaten – grondig beoordeeld door externe auditoren.

Het positieve advies van zowel Sciensano als BELAC bevestigt dat het nieuwe fusielab Pathologische Anatomie AZORG voldoet aan het K.B. voor laboratoria in de pathologische anatomie en aan de internationale kwaliteitsnorm ISO 15189:2022. Deze kwaliteitslabels staan garant voor een optimale zorgverlening.



## Succesvol symposium als startschot voor de multidisciplinaire samenwerking van het AZORG Hartcentrum

Het feestelijke fusiesymposium van het AZORG Hartcentrum betekende begin december een belangrijke mijlpaal in de gezondheidszorg. Maar liefst 450 huisartsen, arts-specialisten en zorgprofessionals woonden het evenement in De Montil bij, waarmee het belang en de omvang van deze nieuwe samenwerking duidelijk werden onderstreept. Het multidisciplinaire artsencollectief belooft één van de grootste hartcentra van Europa te worden. Met de integratie van maar liefst zestig cardiologen en hartchirurgen van AZORG, AZ Sint-Maria Halle, AZ Glorieux Ronse, AZ Sint-Blasius Dendermonde en AZ Oudenaarde legt het AZORG Hartcentrum de basis voor een unieke samenwerking in de Belgische gezondheidszorg. Het AZORG Hartcentrum biedt een vernieuwende benadering van gezondheidszorg, waarbij patiënten uit een ruime regio kunnen rekenen op toegankelijke, hoogwaardige en gespecialiseerde zorg op het gebied van cardiovasculaire aandoeningen. Dankzij een multidisciplinaire aanpak, gericht op samenwerking en innovatie, levert het centrum een breed scala aan gespecialiseerde zorg, nauw afgestemd op de behoeften van zowel patiënten als verwijzers.

## Thuishemodialyse nu ook mogelijk

In de loop van 2024 kon onze eerste dialysepatiënt starten met thuishemodialyse. Hemodialyse is een behandeling voor patiënten met nierinsufficiëntie die doorgaans in het ziekenhuis gebeurt. Voor de patiënt biedt dit uiteraard heel wat voordelen: verplaatsing naar het ziekenhuis is niet meer nodig (tenzij sporadisch voor een controle), de behandeling kan gewoon in de eigen woonkamer én in de nabijheid van naasten. Bovendien is de dialyse op die manier perfect combineerbaar met een job. Intussen ligt de weg ook open voor nog meer patiënten.

## AZORG start met PIT

Op 1 oktober 2024 reed het allereerste PIT-voertuig (Paramedisch Interventie Team) uit in Aalst. Met dit initiatief is het aanbod aan medisch vervoer uitgebreid zodat patiënten nu sneller gespecialiseerde hulp krijgen door het inzetten van een PIT naast de klassieke ambulance en de MUG (Mobiële Urgentiegroep).

Sinds oktober 2024 kan de noodcentrale bij een oproep in de ruime regio van Aalst niet alleen een traditionele ambulance of een MUG-voertuig uitzuren, maar ook een PIT-voertuig. Deze uitbreiding is het resultaat van de intensieve samenwerking tussen AZORG en de hulpverleningszone Zuid-Oost, die in oktober 2023 de goedkeuring kregen om deze gespecialiseerde dienst te implementeren.

### Wat is een PIT?

Een PIT-ambulance wordt bemand door zowel een ambulancier als een spoedgevallenverpleegkundige met bijzondere beroepstitel in

intensieve zorg en spoedgevallenzorg. Dankzij deze expertise kan de PIT gespecialiseerde interventies uitvoeren die vandaag vaak door een MUG worden gedaan. Dit betekent dat patiënten sneller toegang krijgen tot gepaste zorg zoals pijnbestrijding en de toediening van geavanceerde medicatie ter plaatse.

### Voordelen van de PIT

De PIT vormt de brug tussen een standaard-ambulance en een MUG. De wagen is uitgerust met uitgebreide medische apparatuur, waaronder een defibrillator, medicatiepomp en een Boussignac-masker voor zuurstoftherapie bij acuut hartfalen.

### Snelle en adequate spoedhulpverlening in de regio

Met de komst van de PIT kan de noodcentrale in Gent nu kiezen tussen drie opties bij een oproep: een 112-ambulance, een PIT-ambulance of een MUG. Dit zorgt ervoor dat elke patiënt de meest geschikte hulpverlening krijgt, afhankelijk van de ernst en urgentie van de situatie.

### Toekomst van de dringende geneeskundige hulpverlening

Dankzij het herfinancierings- en herorganisatieplan van de Dringende Geneeskundige Hulpverlening kunnen ziekenhuisnetwerken nu beschikken over extra gefinancierde PIT-voertuigen. Deze kunnen niet alleen ingezet worden voor urgente interventies, maar ook voor dringende interhospitaltransporten.



# Nieuwe ESC-richtlijnen voor de behandeling van verhoogde bloeddruk en voorkamerfibrillatie

## SCOOP

Begin september werden tijdens het jaarlijkse congres van The European Society of Cardiology de nieuwe richtlijnen voor onder andere het behandelen van voorkamerfibrillatie en hoge bloeddruk voorgesteld. De richtlijnen, die nu voor het eerst sinds 2018 zijn herzien, gelden als de nieuwe standaard voor alle artsen wereldwijd.

Medeauteurs van de richtlijn voor hoge bloeddruk en voor voorkamerfibrillatie zijn respectievelijk dokter Sofie Brouwers en dokter Tom De Potter van het AZORG Hartcentrum. Hiermee worden onze artsen internationaal erkend als toonaangevende experts in de cardiologie.

## Strengere richtlijn voor hoge bloeddruk bij risicopatiënten

“De algemene definitie voor hoge bloeddruk wijzigt niet. Dat blijft 140/90 of hoger”, liet dokter Brouwers optekenen in Het Nieuwsblad. “Maar bij mensen met een verhoogd cardiovasculair risico gaat de drempelwaarde dus omlaag. Specialisten en huisartsen krijgen het advies om bij deze risicopatiënten vanaf 120-139/70-89 al te starten met een behandeling. Eerst wordt gekeken of een aanpassing van de levensstijl volstaat. Als de waarden na drie maanden boven 130/80 blijven, adviseren we om medicatie op te starten.” De nieuwe richtlijnen bevatten aanbevelingen voor de diagnose, risicobeoordeling, preventie en behandeling. We geven de belangrijkste punten mee:

- Een niet-verhoogde bloeddruk wordt gedefinieerd als een waarde van  $<120/70$  mmHg. Verhoogde bloeddruk wordt gekarakteriseerd door een poliklinische systolische bloeddruk (SBD) van 120-139 mmHg of een diastolische bloeddruk (DBD) van 70-89 mmHg. Hypertensie wordt gediagnosticeerd bij een poliklinische systolische bloeddruk (SBD) van  $\geq 140$  mmHg of een diastolische bloeddruk (DBD) van  $\geq 90$  mmHg.
- Bij volwassenen met een verhoogde bloeddruk is een risicobeoordeling aanbevolen voor het bepalen van behandelplannen.
- Leefstijl- en farmacologische behandeling wordt aanbevolen voor mensen met hypertensie en mensen met een verhoogde bloeddruk, hoog risico op hart- en vaatziekten (HVZ) en een bloeddruk van 130-139/80-89 mmHg. Bij volwassenen met een verhoogde bloeddruk en een hoog risico op HVZ wordt, na 3 maanden leefstijlinterventie, farmacologische behandeling aanbevolen om de bloeddruk te verlagen bij patiënten met een bevestigde bloeddruk van  $\geq 130/80$  mmHg. Bij hypertensieve patiënten wordt, ongeacht het risico op HVZ, direct gestart met zowel leefstijl- als farmacologische behandeling.



Dr. Sofie Brouwers en Dr. Tom De Potter op het ESC-congres



- Start met een lage dosis dubbele combinatietherapie bij patiënten met hypertensie, vervolgens met een lage dosis drievoudige combinatie en titreer vervolgens de doses. Overweeg bij patiënten met een verhoogde bloeddruk en een verhoogd risico op hart- en vaatziekten aanvankelijk monotherapie wanneer de systolische bloeddruk  $\geq 130$  mmHg is.
- Nieuwe leefstijlanbevelingen omvatten kaliumsupplementatie (voor hypertensieve patiënten zonder matig tot gevorderd chronisch nierlijden en met hoge natriumname) en beperking van vrije suikername.
- De aanbevolen SBD-doelstelling is 120-129 mmHg bij patiënten die antihypertensiva gebruiken. Is dit echter niet haalbaar, streef dan naar een bloeddruk die zo laag is als redelijkerwijs mogelijk (ALARA-principe).

### CARE-principes als leidraad voor de behandeling van voorkamerfibrillatie

Voor dokter Tom De Potter, medeauteur van de nieuwe ESC-richtlijnen voor de behandeling van voorkamerfibrillatie, komen de nieuwe richtlijnen niks te vroeg. In bepaalde subspecialismen evolueren de wetenschappelijke inzichten immers in sneltempo. Zo ontstaat een steeds vollediger beeld op de correlaties tussen coronair lijden, atriumfibrilleren en hartfalen en groeit ook het inzicht in de risicofactoren voor beroerte. Voorkamerfibrillatie is niet te linken aan specifieke risicofactoren en is bovendien niet bij elke patiënt continu aanwezig. Het is echter wel bekend dat er verbanden bestaan met structurele beschadiging van het hart (bijvoorbeeld door een infarct) en hartfalen, hoewel de correlatie tussen beide nog onduidelijk is. Daarnaast kent ook het therapeutisch landschap ingrijpende veranderingen: er is steeds meer bewijs voor de effectiviteit van interventies zoals ablatie, die ritmestoornissen ten gronde aanpakken.

De richtlijn van 2024 is gestoeld op het nieuwe CARE-traject:

- C** staat voor **comorbidity and risk factor management**
- A** verwijst naar **avoid stroke and thromboembolism**
- R** betekent **reduce symptoms by rate and rhythm control**
- E** refereert aan **evaluation and dynamic assessment**

In de nieuwe richtlijnen is een belangrijke rol weggelegd voor een gedeelde besluitvorming over de behandelingen en de zorg, in nauwe samenspraak met patiënten, hun naasten en een multidisciplinair team.

Het succes van de behandeling van voorkamerfibrillatie en het voorkomen van herhaling en progressie van de aandoening kan in grote mate positief worden beïnvloed door een optimalisatie van de levensstijl van de patiënt. Vandaar dat de nieuwe richtlijn veel aandacht besteedt aan de aanpak van comorbiditeit en benadrukt dat voorkamerfibrillatie niet op een geïsoleerde manier kan worden beschouwd.

Verder kunnen de belangrijkste nieuwigheden in de richtlijn als volgt worden samengevat:

- Ter preventie van beroerte wordt voor het inzetten van een geschikte antistollingsbehandeling gebruik gemaakt van de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA-score die geen rekening meer houdt met geslacht gezien dit een nauwkeurigere inschatting van het risico in de relevante groepen biedt.
- Hartslag- en ritmecontrole zijn cruciaal voor de verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt. Hartslagregulerende medicatie is aangewezen als initiële therapie in de acute fase, als aanvulling op ritmeregulerende therapie of als enige behandeling om de hartslag en symptomen onder controle te krijgen. Ritmeregulatie is te overwegen bij alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. Een "safety first"-benadering wordt gehanteerd: cardioversie wordt niet geadviseerd wanneer de voorkamerfibrillatie langer dan 24 uur aanhoudt, tenzij de patiënt al minstens 3 weken therapeutische orale anticoagulantia (OAC) neemt of een transoesophageale echocardiografie (TOE) heeft ondergaan om de aanwezigheid van een intracardiale trombus uit te sluiten.
- Er wordt een geïntegreerde benadering gehanteerd voor hartfrequentie- en hartritmecontrole waarbij sterk de nadruk wordt gelegd op een gedeelde besluitvorming rond verwijzingen voor katheterablatie en chirurgische ablatie.
- Evaluatie en dynamische herbeoordeling zijn van cruciaal belang in de behandeling van voorkamerfibrillatie op langere termijn. Therapieën moeten regelmatig opnieuw worden geëvalueerd en aanpasbare risicofactoren dienen in kaart te worden gebracht.

# Sneller, nauwkeuriger en comfortabeler: AZORG neemt nieuw Harmony-bestralingstoestel in gebruik

STATE-OF-THE-ART

Eind 2024 werd het gloednieuwe bestralingstoestel Harmony voor het eerst in gebruik genomen, waarmee de dienst Radiotherapie volledig gecentraliseerd werd op campus Moorselbaan. Dit is een belangrijke stap in de modernisering van kankerbehandelingen. Voor de ingebruikname is het toestel uitvoerig getest en nauwkeurig afgesteld om optimale prestaties en patiëntveiligheid te garanderen.

Het nieuwe Harmony-toestel biedt scherpere beelden en een ongeëvenaarde precisie in bestraling, waardoor tumoren in kritieke gebieden zoals de buikholte, borstkas, hoofd en hals nauwkeuriger behandeld kunnen worden. Deze technologische vooruitgang zorgt ervoor dat omliggende organen beter beschermd blijven, wat leidt tot minder bijwerkingen voor patiënten.

De implementatie van het Harmony-toestel volgde op een grondige renovatie van de bestralingsruimte, die op vier maanden tijd volledig werd vernieuwd. Gedurende deze periode werd het toestel geïnstalleerd, nauwkeurig afgesteld en uitvoerig getest om optimale prestaties te garanderen.

## Voordelen van Harmony: precisie en uniformiteit

Het Harmony-toestel onderscheidt zich door verschillende innovatieve functies, waaronder een geïntegreerde Cone Beam CT-scanner. Dankzij deze technologie wordt de patiënt voorafgaand aan elke behandeling gescand, zodat de bestraling kan gebeuren met maximale nauwkeurigheid.

Een bijkomend voordeel is dat Harmony naadloos integreert met de twee eerder geïnstalleerde Elekta-toestellen op de dienst radiotherapie. Deze uniformisering van het machinepark is een strategische keuze in het kader van de lateralisatie van radiotherapie binnen AZORG, waarbij de centralisatie op campus Moorselbaan zal bijdragen aan een betere efficiëntie en organisatie van de dienst radiotherapie. Het gestandaardiseerde systeem



maakt het bovendien mogelijk om behandelingen naadloos over te zetten tussen toestellen, wat onderbrekingen in bestralingsreeksen voorkomt.

### Een stap vooruit in patiëntenzorg

Naast de medische voordelen biedt het Harmony-toestel een modern en gebruiksvriendelijk design, inclusief nieuwe in-room technologie. Deze innovatie verbetert de bediening van het toestel en stelt zorgverleners in staat patiënten te positioneren zonder visueel contact te onderbreken.

“De introductie van het Harmony-toestel demonstreert onze toewijding aan het bieden van de best mogelijke zorg voor onze patiënten,” zegt Dr. Sc. Nadine Linthout, hoofd medische stralingsfysica AZORG. “Dankzij deze technologie kunnen we de kwaliteit van onze behandelingen verder verhogen en een comfortabele en efficiënte ervaring bieden voor zowel patiënten als zorgverleners.”

Met de centralisatie van de dienst radiotherapie en de integratie van het Harmony-toestel op campus Moorselbaan Aalst versterkt AZORG zijn positie als toonaangevend centrum voor oncologische behandelingen.





Dr. Liesbeth Rosseel  
en haar patiënt

# Eerste percutane tricuspid- klepvervanging in het kader van zogenoeten “European Pivotal Trial” in het AZORG Hartcentrum

DUBBELINTERVIEW MET DOKTER LIESBETH ROSSEEL EN HAAR PATIËNT

## DIALOOG

Voor de behandeling van een ernstige tricuspidkleplekkage werd begin september voor het eerst in Europa een percutane tricuspid klepvervanging via de liesader uitgevoerd in het kader van de “TRICURE European Pivotal Study”. Voor het AZORG Hartcentrum was het een bijzondere eer om de eerste behandeling uit te voeren binnen deze internationale klinische fase II-studie, die als doel heeft de efficiëntie en de veiligheid van de behandeling aan te tonen. De drijvende kracht achter deze innovatieve ingreep werd gevormd door dokter Liesbeth Rosseel, dokter Hadewich Hermans en dokter Marc Vanderheyden. Vijf dagen na de ingreep ging ALERT in gesprek met dokter Rosseel en haar patiënt, de 81-jarige Monique Willemeijns.

**ALERT** Mevrouw Willemeijns, hoe gaat het nu met u?

**Mw. Willemeijns** Ik voel me heel goed, het is een wonder. Achteraf gezien ben ik heel blij dat ik naar de dokters heb geluisterd, want ik ben heel bang geweest. Nu heb ik zelfs helemaal geen pijn. Toen ik wakker werd op de intensieve zorgen ben ik meteen heel goed omringd, dat was ook een hele geruststelling. Sinds woensdagmiddag lig ik op een gewone kamer en ben ik terug volledig zelfstandig. Ik wandel hier ook al een beetje rond.

**Dr. Liesbeth Rosseel** Dat is heel goed, want het is wel degelijk de bedoeling dat u zo snel mogelijk na de ingreep start met beweging.

**ALERT** Hoe was het met uw gezondheid gesteld voor de ingreep?

**Mw. Willemeijns** Ik kon bijna niets meer doen, was kortademig en ik kon nauwelijks nog stappen. Ik had geen energie en de moraal zat onder nul. Het laatste jaar was mijn levenskwaliteit er enorm op achteruit gegaan. Ik zat alleen nog maar in de zetel, ik keek TV en de kinesitherapeut kwam aan huis. Mijn echtgenoot kookte en deed de boodschappen. Zo kon ik niet verder leven, het was eenvoudigweg geen leven. Nu kan ik stilaan terug opbouwen en weer naar buiten gaan. Alleen dansen zal nog niet lukken. Dokter Rosseel vertelde mij dat de hartkamers kunnen recupereren na jarenlange overbelasting door een lekkende hartklep, maar dat het volledige effect enkele weken tot maanden op zich kan laten wachten.

**ALERT** Had u een voorgeschiedenis van hartproblemen?

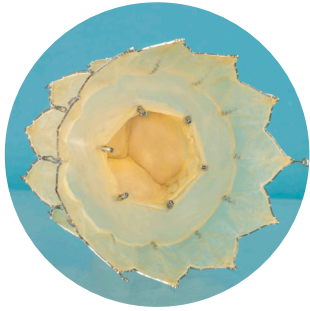
**Mw. Willemeijns** In 1985 heb ik een eerste hartoperatie ondergaan en in 2005 is er een nieuwe klep ingeplant. Dat is eens om de twintig jaar. Langer leven was nu niet zozeer mijn eerste

doel, ik wou vooral een verbeterde levenskwaliteit. Ik ben zo dankbaar en vol bewondering voor de nieuwe technieken die zoveel mogelijk maken.

**Dr. Liesbeth Rosseel** Het is inderdaad nog maar heel recent dat we een probleem zoals het uwe kunnen verhelpen met een ingreep via de lies. Mevrouw is ooit geopereerd aan de mitralisklep, maar nu zagen we een zeer ernstig lek aan de tricuspidalklep. Het bloed wordt dan maar deels naar de longen gepompt en vloeit grotendeels terug naar de benen, de darmen en de nieren. Dit heeft als gevolg dat de nieren verzwakken, voedsel en medicatie niet meer goed worden opgenomen en dat je je algemeen zwakker gaat voelen.

**Mw. Willemeijns** Klopt, ik had soms last van dikke benen, en ik was maar liefst 8 kilo verzwaard.

**Dr. Liesbeth Rosseel** Mevrouw hield inderdaad extreem veel vocht op. Met vochtafdrijvers kunnen we het ongemak wel tijdelijk verzachten, maar daarmee wordt de onderliggende oorzaak niet aangepakt. Door verminderde absorptie ter hoogte van de darmwand werken de perorale diuretica niet meer en belanden patiënten uiteindelijk met liters overtollig vocht in het ziekenhuis,



**“Ja, ik heb de klep vooraf gezien en als ik het snetje in mijn lies zie, vind ik het onbegrijpelijk dat een klep van die grootte langs die weg kon worden ingeplant.”**

waar de diuretica intraveneus worden toegediend. Dat helpt dan voor een tijdje, maar eens terug thuis krijgen de patiënten steeds terugkerende en toenemende symptomen. Zo ontstaat bij deze patiënten een vicieuze cirkel van herhaalde ziekenhuisopnames, tot ze uiteindelijk overlijden aan deze aandoening. Het ergste voor deze patiëntengroep is de enorme achteruitgang van hun levenskwaliteit.

**ALERT Hoe snel brengt de nieuwe klep verbetering in de gezondheidstoestand van deze patiënten?**

**Dr. Liesbeth Rosseel** Dankzij de nieuwe klep wordt het bloed weer mooi naar de longen gepompt en zo kan de verzwakte rechterkamer van het hart recupereren en zijn functie stilaan hernemen. De echografie die we gisteren namen van het hart van mevrouw toonde aan dat de pompfunctie van de rechterkant van het hart al aan het herstellen was. Dit snelle resultaat maakt deze ingreep zo waardevol, want het staat rechtstreeks in verband met de klachten en inspanningscapaciteit van de patiënt.

**ALERT Tot voor kort waren de vooruitzichten voor patiënten met tricuspidalklepinsufficiëntie niet bepaald rooskleurig. Betekent de studie met de nieuwe klep binnenkort een doorbraak voor veel meer patiënten?**

**Dr. Liesbeth Rosseel**

Tricuspidalklepinsufficiëntie komt heel frequent voor, maar er werd tot voor kort weinig aandacht aan besteed omdat er slechts beperkte medicamenteuze of interventionele therapeutische opties beschikbaar waren. Dit leverde de tricuspidalklep de bijnaam op van “de vergeten klep”. De eerste ervaringen met de nieuwe klep, opgedaan tijdens de Tricares Topazklep “first-in-human” study, de voorloper van de huidige fase II study, zijn alvast hoopgevend. Wij hopen dan ook in de nabije toekomst meer mensen met tricuspidalklepinsufficiëntie te kunnen helpen, zolang de aandoening maar tijdig wordt opgespoord. En dat is ook meteen de boodschap die ik wil meegeven aan collega-artsen: wees alert voor deze vorm van kleplijden en verwijs patiënten tijdig door, want dankzij de nieuwe technologie kunnen we de levenskwaliteit van mensen met tricuspidalklepinsufficiëntie aanzienlijk verbeteren.

**ALERT Mevrouw Willemeijns, vindt u dat u vooraf goed bent geïnformeerd over de nieuwe technologie die bij u zou worden toegepast?**

**Mw. Willemeijns** Vóór mijn eerste gesprek met dokter Rosseel was ik vastbesloten om geen ingreep meer te laten doen. Maar mijn dochter heeft me aangespoord om op z'n minst te luisteren. Dokter Rosseel heeft me

toen heel veel informatie gegeven over de nieuwe klep en dat heeft me vertrouwen gegeven.

**Dr. Liesbeth Rosseel** Mevrouw heeft in het verleden al twee hartoperaties ondergaan. Een nieuwe openhartoperatie zou een te groot risico gevormd hebben, vandaar dat de minimaal invasieve behandeling met de nieuwe kunstklep in dit geval een oplossing kon bieden. Dat was een belangrijk punt waarvan mevrouw op de hoogte moest zijn, naast het feit dat we een nieuwe klep zouden inplanten in het kader van een studie en geen klep die reeds commercieel beschikbaar was. Dat vereist toch extra uitleg over de voordelen maar evenzeer over de risico's die aan de ingreep verbonden zijn. Als we de patiënt op een rustige manier heel veel informatie kunnen geven, creëert dat meer vertrouwen en kunnen we een genuanceerder verhaal brengen dan wat er in de studiebrochures is terug te vinden.

**ALERT Hebt u de nieuwe klep vooraf te zien gekregen?**

**Mw. Willemeijns** Ja, ik heb de klep vooraf gezien en als ik het snetje in mijn lies zie, vind ik het onbegrijpelijk dat een klep van die grootte langs die weg kon worden ingeplant.

**Dr. Liesbeth Rosseel** De nieuwe klepprothese heeft een diameter van bijna 4 cm en wordt opgeplooid



in een katheter met een diameter van slechts 9 mm, wat overeenstemt met de grootte van de insnede in de lies. Via de katheter wordt de nieuwe klep tot in de rechtervoorkamer opgevoerd. Onder begeleiding van slokdarmechocardiografie wordt de nieuwe klep nauwkeurig gepositioneerd ter hoogte van de zieke tricuspidalisklep. Daarna wordt de katheter geleidelijk teruggetrokken, waardoor de nieuwe klep vanzelf haar oorspronkelijke vorm terug aanneemt en de lekkende tricuspidalisklep aan de kant duwt. Zo neemt de nieuwe klep de functie van de eerder lekkende hartklep over zonder dat het hart

moet worden stilgelegd. Ditzelfde principe is bekend van de TAVI-ingrepen in de aortakleppositie voor de behandeling van aortaklepstenose.

**Mw. Willemeijns** Het enige litteken dat ik overhoud aan deze ingreep is een hechting van een centimeter. Ik vind het echt een wonder dat zo iets nu kan. Wat mij betreft moet er zeker verder worden geïnvesteerd in deze nieuwe technologie.

**Dr. Liesbeth Rosseel** Door ervoor te kiezen om deze ingreep te laten uitvoeren, hebt u ook andere mensen geholpen. Ons artsteam leert

## AZORG Hartklepkliniek

In het AZORG-Hartcentrum zal een klepkliniek worden georganiseerd. Hier worden patiënten met hartkleproblemen opgevolgd en wanneer nodig doorverwezen voor een percutane of chirurgische klepingreep. Met deze klepkliniek wil ons hartcentrum een laagdrempelig aanspreekpunt en toegankelijke consultatie bieden voor de doorverwijzing van patiënten met (een vermoeden van) hartkleplijden door huisartsen en collega- cardiologen. De klepkliniek wordt gerund door cardiologen met een specifieke expertise in de diagnostiek en behandeling van hartkleplijden. Naar analogie met de hartfalenkliniek zullen ook hier klepcoördinatoren worden ingeschakeld om de organisatie in goede banen te leiden voor patiënten die mogelijks in aanmerking komen voor een ingreep.

immers uit elke ingreep, niet alleen op technisch vlak, maar wij volgen ook nauwgezet op hoe de patiënt nadien evolueert. Het vlotte verloop van deze ingreep in minder dan een half uur bevestigde onze eerdere ervaring in de voorafgaande fase van de studie, de zogeheten "First-In-Human study". Het is bijzonder bemoedigend om te zien hoe snel mevrouw nu herstelt en het leven opnieuw kan hervatten. Ze zal vandaag al, de vijfde dag na de ingreep, terug naar huis kunnen.

#### **ALERT Hoe zag het traject voorafgaand aan de ingreep eruit?**

**Mw. Willemeijns** Er kwamen best veel onderzoeken en scans aan te pas en dat was behoorlijk vermoeiend. Op een bepaald moment had ik er zelfs genoeg van, het kostte mij zoveel energie.

**Dr. Liesbeth Rosseel** Dat is heel begrijpelijk, ook al omdat u zich op dat moment niet kon voorstellen dat het écht snel beter zou gaan. Maar we hebben inderdaad veel onderzoeken moeten uitvoeren om zeker te zijn dat u wel in aanmerking kwam voor deze klep. Om te beginnen heeft niet iedereen dezelfde maat van tricuspidalisklep en was er binnen deze studie enkel een kleinere maat beschikbaar. Maar alle kaarten lagen gunstig: zowel de echo als de scan en de bloedafname bleken goed en bovendien liet uw fysieke toestand het toe om de ingreep te ondergaan. Bij een hart dat te erg verzwakt is, kunnen we deze ingreep helaas niet meer uitvoeren.

**Mw. Willemeijns** Ik heb ook verschillende keren contact gehad met

de coördinator van de klepcliniek. Zij stond altijd ter beschikking voor alle mogelijke vragen die ik had en ze was goed geïnformeerd. Ik had natuurlijk enorm veel vragen en twijfels want ik wist dat de ingreep deel uitmaakte van een studie, maar de begeleiding die ik kreeg, was enorm geruststellend.

#### **ALERT Mevrouw Willemeijns, hoe zien uw toekomstplannen eruit?**

**Mw. Willemeijns** Van mijn leven genieten, mijn familie, mijn kleindochter en af en toe een glaasje bubbels!



Scan hier voor een animatiefilmpje van de ingreep



*Het team betrokken bij de ingreep*



## De chaos van de huisarts-geneeskunde



**“De kunst van het huisartsenbestaan is het schakelen: van de ene chaos naar de andere.”**

Als huisarts stap ik elke ochtend in een wereld die we het beste kunnen omschrijven als chaotisch, maar dan op een leuke manier. Een beetje zoals een circus, maar dan zonder clowns, en in plaats van olifanten lopen er mensen met verstopte neuzen en medische vragen rond. Mijn dag begint steevast met een indrukwekkende lijst van taken: consultaties, huisbezoeken, telefoontjes, administratie, en als ik geluk heb zelfs een lunchpauze. Maar één ding is altijd gegarandeerd: mijn dag zal nooit verlopen zoals gisteren in mijn agenda stond. Vaak begint het al bij de eerste patiënt. “Waarmee kan ik u helpen?” vraag ik dan. En vrijwel altijd komt het antwoord: “Goh, waar zal ik mee beginnen?” Dit is het moment waarop de meerderheid van mijn collega's grijs haar krijgt. Want als huisarts werk je onder tijdsdruk, en de volgende patiënt zit al ongeduldig in de wachtzaal, terwijl mijn telefoon me erop wijst dat er alweer een dringende vraag in de wacht staat. Vaak blijken al die klachten in de praktijk wel mee te vallen. De hoofdpijn blijkt een beetje teveel wijn van het weekend te zijn, die schouderpijn komt van het tillen van de boodschappen, en die verkoudheid... tja, dat is gewoon een verkoudheid. Het is echter niet altijd zo eenvoudig. Soms moeten we slecht nieuws brengen of komen we voor een probleem te staan dat groter en ernstiger blijkt dan we aanvankelijk dachten, waardoor we soms veel meer tijd moeten nemen om onze patiënt goed te begeleiden. Uiteraard is de chaos in de wachtkamer en in mijn hoofd op dat moment nog wat groter, maar achteraf ben ik blij dat ik mijn patiënt met een heldere uitleg heb kunnen verderhelpen. De kunst van het huisartsenbestaan is het schakelen: van de ene chaos naar de andere. En ondanks de hectiek is er altijd wel iets waarop je kunt terugvallen: een patiënt die je aan het lachen maakt, een compliment, een collega die je helpt wanneer de tijd dringt, of zelfs een momentje waarin je eindelijk kan genieten van die heerlijke lunch tijdens een korte pauze. Dus ja, het is chaos, maar wel de beste chaos.

*Dr. Hannelore De Sadeleer*  
Huisarts

# ON THE MOVE

## Verhuisbewegingen onder de loep

De fusie van het A.S.Z. en het OLV-ziekenhuis tot AZORG werd gerealiseerd in een recordtijd en getuigt van de ongeziene inzet van alle betrokkenen. Nu al zijn er grote stappen gezet in de centralisatie van diensten en de lateralisatie van gespecialiseerde zorg. Zo zijn diensten zoals Pathologische Anatomie, Klinische Biologie en Radiotherapie nu volledig geconcentreerd op specifieke campussen, wat zorgt voor meer efficiëntie en optimale zorgcontinuïteit.

Met de geboorte van AZORG begint een nieuw hoofdstuk in de Vlaamse gezondheidszorg. Ondanks de indrukwekkende omvang van het nieuwe ziekenhuis, blijft het menselijke aspect centraal staan.



VERHUIS NAAR CAMPUS MERESTRAAT

Verpleegafdeling Neurologie ◀

2025

## DECEMBER 2024

- ▶ Radiotherapie
- ▶ Nachtdialyse & verblijvende dialysepatiënten

## JANUARI 2025

## MEI 2025

- ▶ Verpleegafdelingen cardiologie/CCU, cardiale heelkunde, vaat- en thoraxheelkunde
- 
- Cathlab en cardiolounge

## JUNI 2025

- ▶ Lowcare dialyse
- 
- Verpleegafdeling MKA
- 
- Verpleegafdeling, dagziekenhuis en polikliniek Medische Oncologie, Klinische Hematologie en Borstkliniek

## JULI 2025



VERHUIS NAAR CAMPUS MOORSELBAAN



## Het AZORG-labo schakelt een versnelling hoger

Hoewel de realisatie van een ééngemaakt labo achter de schermen een uitdagend proces was, zal de praktische impact van de fusie op de samenwerking van het labo met de huisartsen nauwelijks merkbaar zijn. Het AZORG-labo zal blijvend garant staan voor dezelfde toegankelijkheid en de vlotte, persoonlijke service waarop huisartsen van oudsher kunnen rekenen. "In het ééngemaakte labo zijn 17 klinisch biologen aan het werk en die schaalgrootte brengt niks dan voordelen met zich mee", zo vertelt klinisch bioloog Philip Dhoore. "Voor de huisartsen betekent dit concreet dat we een breder gamma aan tests zullen kunnen aanbieden. Onze klinisch biologen zullen zich meer kunnen toespitsen op specifieke subspecialismen zoals toxicologie of hematologie. Tests zullen met een hogere frequentie kunnen worden uitgevoerd, waardoor resultaten minder lang op zich zullen laten wachten. Het ééngemaakt online aanvraagplatform en de website krijgen uiteraard een huisstijl-update, maar zijn nog steeds gericht op maximaal gebruiksgemak voor onze doorverwijzers. Ambulante bloedafnames blijven mogelijk op alle campussen. Onder AZORG kan ons labo nog beter inspelen op een toekomst die draait om patiëntgerichte zorg."

## Niercentrum versterkt gespecialiseerde zorg voor patiënten in de ruime zorgregio

Het **AZORG Niercentrum**, met een team van 10 nefrologen en meer dan 100 toegewijde medewerkers, kijkt met enthousiasme uit naar een vernieuwd en geïntegreerd aanbod van gespecialiseerde nier- en dialysezorg. Met raadplegingen en dialyse verspreid over Aalst, Asse, Geraardsbergen, Ninove en Wetteren blijft AZORG inzetten op toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg in de hele regio. Vanaf 13 januari 2025 verhuizen de ambulante dialysepatiënten van de 7de verdieping op campus Merestraat en enkele patiënten van de laagbouw naar campus Moorselbaan. Vervolgens zullen op 2 juni 2025 ook de overige ambulante dialysepatiënten van de laagbouw verhuizen naar campus Moorselbaan. Vanaf 31 december 2024 worden gehospitaliseerde nier- en dialysepatiënten uitsluitend opgenomen op campus Moorselbaan en niet langer op campus Merestraat. **Prof. Dr. Bruno Van Vlem**, medisch diensthoofd AZORG Niercentrum: *"Ons team werkt dagelijks aan de best mogelijke zorg voor nierpatiënten. Met deze ontwikkelingen bundelen we onze expertise en zorgen we voor een vlotte overgang en continuïteit in de behandeling van onze patiënten."*

### Niercentrum

Bij **spoedgevallen** of **medische urgenties** vragen we **alle nierpatiënten** om zich aan te melden op de **spoedgevallendienst** van **campus Moorselbaan**. Moorselbaan 164, 9300 Aalst.

Ons Niercentrum staat altijd klaar om huisartsen te ondersteunen; voor vragen of bezorgdheden is zorgmanager Nele Palsterman bereikbaar op het nummer 053 72 70 40 of via [nele.palsterman@azorg.be](mailto:nele.palsterman@azorg.be).

## Pathologische Anatomie vanaf 2025 één dienst

De fusie tot AZORG betekent ook een ééngemaakte dienst Pathologische Anatomie. Sinds 1 januari 2025 is het technische platform van deze dienst gecentraliseerd in het nieuwe gebouw R (Keienberg) op campus Moorselbaan. Voor urgente peroperatieve onderzoeksaanvragen blijft er evenwel een activiteitencentrum bestaan op de campus Merestraat.

Door het samenbrengen van de twee diensten en het brede zorgaanbod van AZORG kunnen de 10 pathologen en 32 medewerkers van de dienst zich verder specialiseren. Daarnaast stelt de fusie ons in staat om te blijven investeren in de nieuwste technieken, wat de kwaliteit van het onderzoek ten goede komt.

In de zomer van 2024 werd een state-of-the-art afdeling in gebruik genomen die voldoet aan alle eisen om de huidige en toekomstige expertisecentra binnen AZORG optimaal te ondersteunen. Hierdoor kunnen we de kwaliteitsnormen waarborgen en meer innovatieve technieken introduceren binnen AZORG. Op deze manier zet AZORG in op de verdere ontwikkeling van het Oncologisch Centrum.

De dienst Pathologische Anatomie blijft het referentiecentrum voor cyto- en histopathologisch onderzoek in de ruime regio voor huisartsen, dermatologen en private medisch centra. Dankzij een uitgebreid logistiek netwerk in samenwerking met het Klinisch Laboratorium van AZORG kunnen nog meer stalen snel worden afgeleverd en onderzocht. Het laboratorium verwerkt niet alleen stalen van de zes AZORG-campussen, maar ook van andere ziekenhuizen, externe artsen en laboratoria.



Behalve een nieuw aanvraagformulier verandert er voor aanvragers weinig.

◀ **Scan hier voor onze nieuwe labogids**

### Contact

Voor specifieke vragen of meer informatie over onze werking is de dienst bereikbaar via [pathologie@azorg.be](mailto:pathologie@azorg.be) of op het nummer 053 72 42 82.



## State-of-the-art Radiotherapie in de maak

Vanaf 1 januari 2025 werkt de eengemaakte dienst Radiotherapie van AZORG op campus Moorselbaan. Met de ingebruikname van het nieuwe geavanceerde Harmony-toestel eind 2024 beschikt de dienst nu over vier toestellen op de Moorselbaan.

Tegelijk zijn eind 2024 ook de verbouwingen gestart om een tweede nieuw toestel – een vijfde toestel in totaal dus - te kunnen plaatsen: een 'Gamma Knife' voor stereotactische radiochirurgie. Dit exclusieve toestel is het tweede van zijn soort in België, naast één in Brussel. Met dit state-of-the art toestel wordt de dienst getransformeerd tot een stereotactisch centrum en dé referentie voor patiënten uit de bredere regio.

Stereotactische radiochirurgie is een bestralingstechniek waarbij een zeer gerichte hoge dosis met grote nauwkeurigheid op één of meerdere kleine letsels in de hersenen of schedelbasis gegeven wordt. Hiervoor wordt het letsel met veel smalle bestralingsbundels vanuit verschillende richtingen heel precies bestraald. De bestralingsbundels worden gehanteerd alsof ze een chirurgisch mes zijn, waarbij het te bestralen gebied zo klein mogelijk gehouden wordt en straling op risicovolle structuren in de buurt kan worden vermeden. Radiochirurgie kan worden toegepast bij zowel goedaardige als kwaadaardige hersenletsels. Dit toestel zal up-and-running zijn in het tweede kwartaal van 2025.

In een laatste fase wordt ook het tweede oude toestel 'Novalis' uitgebrouwen en vervangen door een 'Versa HD'. Het einde van de werken is voorzien tegen september '25 zodat de dienst vanaf dan kan werken met vijf recente operationele toestellen.

De samenwerking op het gebied van radiotherapie tussen het vroegere A.S.Z. en het UZ Brussel werd eind december 2024 stopgezet. Patiënten kunnen sinds december 2024 op de Moorselbaan terecht voor hun bestraling.

## Medische Oncologie en Klinische Hematologie: een grote eengemaakte dienst waar de kwaliteit van zorg primeert

In juni 2025 verhuizen de **consultaties, dagkliniek en verpleegafdelingen** Medische Oncologie en **Klinische Hematologie** van Campus Merestraat naar Campus Moorselbaan. Op die manier zullen de diensten Medische Oncologie en Klinische Hematologie van AZORG één grote dienst vormen met elf stafleden.

Voor bepaalde subdisciplines zoals uro-oncologie wordt de continuïteit van de zorg op campus Merestraat vanuit de dienst Medische Oncologie wel verzekerd. Ook consulten blijven gegarandeerd op campus Merestraat, net zoals de consultaties oncologie verzekerd blijven op campus Wetteren.

Op campus Geraardsbergen worden de oncologische dagkliniek, de consultaties en de verpleegafdelingen verder uitgebouwd met de ondersteuning van extra mankracht.

Dokter Greet Huygh wordt diensthoofd Medische Oncologie, dokter Karel Fostier komt aan het hoofd van de dienst Klinische Hematologie en dokter Nathalie Van Heddeghem wordt **associatiehoofd**.

De schaalgrootte van de eengemaakte dienst zal de artsen van het team toelaten zich meer toe te spitsen op subspecialisaties. Er zal **ook ruimte gecreëerd worden om studieprotocols aan te bieden**, om zo de kwaliteit van zorg meer dan ooit te laten primeren.

**Deze dienst zal borg staan voor patiëntvriendelijke behandelingen van het hoogste niveau waarbij de patiënt centraal staat.**

# Zuivere zuurstof op campus Moorselbaan: het AZORG Hyperbaar Centrum

## IN DE KIJKER

Sinds 1998 huisvest de spoedafdeling op de campus Moorselbaan een hyperbaar centrum, een faciliteit waar patiënten terecht kunnen voor hyperbare zuurstoftherapie. Vandaag is AZORG het enige ziekenhuis in Oost-Vlaanderen dat deze therapie aanbiedt, over heel België zijn er slechts zes centra voor hyperbare geneeskunde. In een speciale hyperbare cabine ademt de patiënt zuivere zuurstof in onder verhoogde druk, om zo grotere hoeveelheden zuurstof naar de weefsels te brengen. Bij welke pathologieën deze therapie wordt ingezet, hoe de behandeling precies in zijn werk gaat en waarom hyperbare centra zo dun bezaaid zijn, daarover vertellen dokter Christophe Bert, hoofdverpleegkundige David Pletinckx en adjunct-hoofdverpleegkundige Stijn Van Der Heyden meer.

**ALERT Was dit bij de start in 1998 het eerste hyperbaar centrum van België?**

**Dr. Christophe Bert** Helemaal niet. Er waren toen in België verschillende ziekenhuizen die over zo'n hyperbare zuurstoftank beschikten. Heel vroeger waren dat voornamelijk tanks voor 1 patiënt, de zogenaamde monoplaces. Dat is geleidelijk geëvolueerd naar multiplace zuurstoftanks voor verschillende patiënten tegelijk. Dergelijke hyperbare kamers vond je in Brugge, in het UZ Antwerpen, bij ZNA in Antwerpen, in het ZOL in Limburg, in Charleroi, Luik en in het

OLV Aalst. Het militair ziekenhuis in Neder-Over-Heembeek beschikt over het grootste centrum van België en is een wereldautoriteit op het vlak van hyperbare geneeskunde. Luik heeft momenteel geen tank meer en het ZNA ook niet.

**ALERT Waarom maakten die ziekenhuizen de keuze om te stoppen met hun hyperbaar centrum?**

**Dr. Christophe Bert** Vanuit commercieel oogpunt is een hyperbaar centrum niet echt interessant voor een ziekenhuis. Het RIZIV voorziet wel een tussenkomst voor de patiënt, maar niet voor het ziekenhuis. Ik verwacht helaas ook niet meteen verandering in die situatie. De bestaande centra dateren allemaal uit de tijd dat er nog voldoende middelen waren om te investeren. Het ziet er niet meteen naar uit dat er centra zullen bij komen, integendeel.

**ALERT Hoe gaat de therapie precies in zijn werk?**

**David Pletinckx** Hyperbare zuurstoftherapie is een behandeling die zuurstof in grote hoeveelheden als medicijn inzet. Dat gebeurt in een hyperbare zuurstofkamer waarin de druk tijdens een standaard behandeling 2,5 keer zo hoog is als de atmosferische druk. Door de verhoogde druk in die kamer is de absolute hoeveelheid gas aanzienlijk groter, en daarmee ook de hoeveelheid

zuurstof. Patiënten krijgen in de hyperbare zuurstofkamer aanzienlijke hoeveelheden zuurstof toegediend, wat bepaalde genezingsprocessen op gang brengt.

**ALERT Voor welke pathologieën is deze therapie aangewezen?**

**Dr. Christophe Bert** De therapie wordt ingezet voor bepaalde acute aandoeningen en voor chronische problemen. Bij de acute problemen is het de combinatie van verhoogde druk en het hoge zuurstofgehalte die wordt ingezet als behandeling. Ik denk aan koolstofmonoxide-intoxicatie, duikongevallen, luchtembolen of acute doofheid. Voor chronische aandoeningen werd aangetoond dat de afwisseling van de hoge zuurstofconcentratie in de tank en de gewone zuurstofconcentratie buiten de tank bepaalde processen in het lichaam kan stimuleren, zoals de aanmaak van nieuwe bloedvaten, van nieuwe fibroblasten, collageen en zo meer. Zo wordt hyperbare zuurstoftherapie ingezet voor chronische wondproblematiek, post-radiotherapie of voorafgaand aan borstreconstructies in bestraald gebied, om de genezing van weefsels te bevorderen en de doorbloeding te verbeteren zodat de slaagkansen van de reconstructie aanzienlijk verhogen. Ook na de ingreep wordt de zuurstoftherapie nog toegepast om het genezingsproces te bevorderen. Dit genezingsproces is heel



traag waardoor patiënten soms 30 tot 40 keer moeten terugkomen, en dit op dagelijkse basis. Ook voor radiocystitis en –proctitis biedt hyperbare zuurstoftherapie een meerwaarde.

#### **ALERT Wordt er soms een pauze ingelast in die dagelijkse behandelingen?**

**David Pletinckx** Afhankelijk van de problematiek en het profiel van de patiënt lassen we in het weekend wel eens een rustpauze in, maar bij een gehoorsdaling bijvoorbeeld is het aangewezen om de behandeling dagelijks toe te passen, gedurende tien opeenvolgende dagen. Net zoals het hart, de nieren en de hersenen heeft ook het gehoororgaan maar één bloedtoevoer. Geraakt die verstopt of belemmerd door een infectie of door een geluidstrauma, dan kan hyperbare zuurstoftherapie zorgen voor een zeker herstel dankzij de grote hoeveelheden zuurstof die tot diep in de weefsels kunnen dringen.

#### **ALERT Welke zijn de meest voorkomende aandoeningen die hier specifiek worden behandeld?**

**Stijn Van Der Heyden** Hier behandelen we voornamelijk acute doofheid, bestralingsgevolgen aan de blaas, het rectum of de prostaat. We zien ook vaak CO-intoxicaties. Uitzonderlijk zien we wel eens gas- of luchtembolen die, net als duikongevallen, perfect behandelbaar

zijn in de hyperbare zuurstofkamer. Door de druk comprimeren de gas- of luchtbellen in het bloed. Diabetische voetproblematiek zien we hier minder vaak, maar soms wordt hyperbare zuurstoftherapie ingezet als laatste redmiddel om zo amputatie te proberen voorkomen. Bij de meeste aandoeningen is hyperbare zuurstoftherapie een ondersteunende behandeling naast andere therapieën, alleen bij CO-intoxicatie en duikongevallen vormt hyperbare zuurstoftherapie de enige behandeling.

#### **ALERT Hoe gekend is deze therapie?**

**Dr. Christophe Bert** Het blijft een nichebehandeling die niet zo gekend is, zelfs niet onder de collega's van het ziekenhuis. Maar het maakt wel deel uit van het zorgaanbod waarmee AZORG zich op supragregionaal niveau kan onderscheiden. Patiënten komen van heinde en ver voor hyperbare zuurstoftherapie. Zo zien we patiënten uit Gent, Ronse en Waregem tot zelfs De Panne.

**Stijn Van Der Heyden** Voor patiënten is het geen evidentie om tien dagen op rij dergelijke afstanden af te leggen voor deze behandeling. Zoiets vraagt een stevige portie motivatie, ook al omdat patiënten met chronische aandoeningen niet meteen een verschil merken. Voor de aanmaak van nieuwe kleine bloedvaatjes bijvoorbeeld, moet iemand al een tiental keer in de tank zijn geweest voor het proces op gang komt. Het is heel moeilijk iemand te motiveren met de boodschap dat er niet onmiddellijk verbetering zal optreden en dat er bovendien niet altijd een garantie is op resultaat.

#### **ALERT Hoeveel patiënten hebben jullie zo op een jaar?**

**Dr. Christophe Bert** Op een jaar doen we zo'n 1.500 behandelingen. We zitten rond de 130 à 150 patiënten per jaar. Ons hyperbaar centrum is 24/7 beschikbaar voor bijvoorbeeld CO-intoxicaties of duikongevallen waarbij een patiënt gasbellen in het bloed heeft.

**“Hyperbare zuurstoftherapie is een behandeling die zuurstof in grote hoeveelheden als medicijn inzet. Dat gebeurt in een hyperbare zuurstofkamer waarin de druk 2,5 keer zo hoog is als de atmosferische druk.”**

### ALERT Bestaan er specifieke opleidingen voor hyperbare geneeskunde?

**Dr. Christophe Bert** Absoluut. Ik heb een jaar lang een opleiding gevolgd in het universitair ziekenhuis van Genève. Hyperbare geneeskunde vereist specifieke kennis, niet alleen over hoe zo'n toestel werkt, maar ook over de genezingsprocessen, de indicaties en contra-indicaties. Ook verpleegkundigen moeten over de nodige kennis beschikken, al was het maar om eventuele problemen te kunnen oplossen of om vragen van patiënten te beantwoorden. Zij zijn tenslotte operator.



**David Pletinckx** Opleidingen voor verpleegkundigen moeten we zelf organiseren omdat de vraag zo klein is. We spreken over een heel beperkte groep: wij hebben 10 operatoren, stel dat er in Brugge of Genk ook een 5-tal zijn, dan spreken we over heel Vlaanderen misschien over maximaal 25 à 30 operatoren. Op technisch vlak

evolveert er ook niet heel veel in hyperbare geneeskunde, maar er moet wel een degelijke opleiding bestaan.

### ALERT Bestaan er op Europees vlak meer mogelijkheden tot opleiding?

**Dr. Christophe Bert** Ook in Europa zijn er niet zo veel officiële opleidingen. Er bestaan mogelijkheden in Genève en in Marseille, en voorheen ook in Rijsel. In Rijsel bevindt zich het grootste hyperbare centrum van Europa qua aantal patiënten en aantal tanks. Daar maakt het deel uit van de dienst intensieve zorgen. In Engeland bestaat een commercieel hyperbaar centrum voor duikers die werken aan onderzeese pijpleidingen en tunneling. Hier wordt hyperbare therapie ingezet voor de behandeling van decompressieziekte bijvoorbeeld.

### ALERT Hoe lang zit een patiënt gemiddeld in zo'n tank?

**Stijn Van Der Heyden** De behandeling bestaat uit verschillende fases. Het eerste kwartier gebeurt de drukopbouw. Dan moeten patiënten zich vooral concentreren op het klaren van de oren, zoals je doet in een vliegtuig. Nadien volgt de fase waarin ze gedurende 70 minuten een masker dragen voor de zuurstoftoediening.

**David Pletinckx** Om de tijd te doden kunnen patiënten lezen of puzzelen. In de laatste tien minuten wordt de druk terug afgebouwd, het masker kan weer af en veel patiënten maken dan een praatje met degene naast zich. Patiënten zijn dus al snel een halve dag kwijt, zeker als ze van ver komen.

### ALERT Welk wetenschappelijk bewijs bestaat er voor de effectiviteit van hyperbare geneeskunde?

**Dr. Christophe Bert** De genezingsprocessen zijn uitvoerig beschreven, tot op moleculair niveau. Maar grote gerandomiseerde placebo-

gecontroleerde studies zijn schaars omwille van een gebrek aan fondsen van de farmaceutische industrie en omdat de behandelingsgroepen niet te blinderen zijn. We vallen dus terug op de meest plausibele evidentie, en die is er zeker.

### ALERT Hoe komen patiënten hier terecht?

**Dr. Christophe Bert** Patiënten hebben een doorverwijzing nodig van een arts-specialist. De meeste patiënten komen bij ons terecht via een radiotherapeut, via de diabetes- of wondkliniek of via een neus-, keel- en oorarts. Na hun doorverwijzing voeren we eerst een screening uit zodat we ons een beeld kunnen vormen van de patiënt en diens medische voorgeschiedenis. Op dat moment geven we de patiënt de nodige uitleg over de behandeling en over het verwachte resultaat. We laten de tank al eens zien om vertrouwen te creëren, want veel mensen hebben angst. Bij acute aandoeningen gaat het hele proces wel sneller omwille van de hoogdringendheid. Dergelijke patiënten komen binnen via de spoeddienst en worden meteen gescreend om na te gaan of die bepaalde CO-intoxicatie in aanmerking komt voor hyperbare zuurstoftherapie, want dat is afhankelijk van verschillende factoren. Vandaar dus het belang van een grondige screening vooraf én van goed opgeleide operatoren.

## AZORG Centrum voor hyperbare geneeskunde

Campus Moorselbaan  
Moorselbaan 164  
9300 Aalst  
Tel: 053/72 40 62





# 2.460

BEVALLINGEN



# 55.445

HOSPITALISATIES



# 9.030

CATHLABPROCEDURES



# 100.195

SPOEDAANMELDINGEN



# 1.393

ERKENDE BEDDEN



# 84.815

OPERATIEVE INGREPEN



# 874.220

CONSULTATIES



# 115.595

DAGBEHANDELINGEN

# 01



Vragen over diepe veneuze trombose aan dokter Alexander Croo, chirurg in de thoracale en vasculaire heelkunde en dokter Inke De Haes, internist/hematoloog AZORG.

**Q** Vereist een diepe veneuze trombose meer dan alleen het voorschrijven van een DOAC?

**Dr. Alexander Croo** Therapeutische anticoagulantia en een steunkous klasse II zijn de twee belangrijkste hoekstenen van de behandeling van een diepe veneuze trombose. Sinds de introductie van de directe orale anticoagulantia (DOAC) genieten deze medicijnen de voorkeur voor de behandeling van een DVT. Enkel voor het anti-fosfolipidensyndroom is er in bepaalde omstandigheden nog nood aan vitamine K-antagonisten.

Bedrust is intussen al lang achterhaald. Verschillende studies toonden aan dat vroegtijdige mobilisatie niet resulteert in meer longembolen, maar eerder zorgt voor een snellere afname van de pijn.

**Q** Wat zijn de oorzaken van een diepe veneuze trombose?

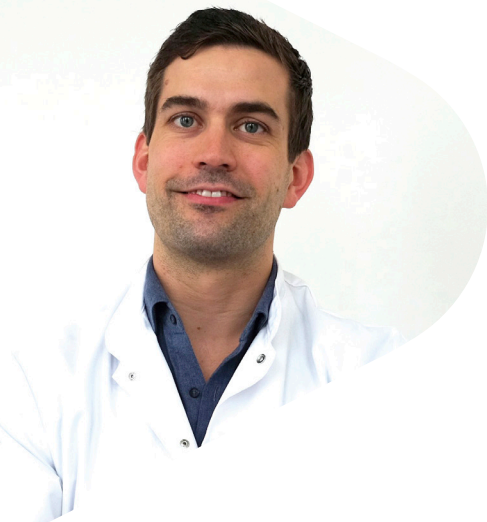
**Dr. Alexander Croo** Uiteraard stelt zich de vraag waarom een patiënt zich plots met een DVT presenteert. Is de trombose niet te linken aan een duidelijke uitlokkende factor zoals immobilisatie, recente heelkunde, oestrogeenhoudende therapie, zwangerschap, katheters of inflammatoire darmziekten, dan is er in 4 tot 12% een **onderliggende maligniteit** aanwezig. Naast een klinisch onderzoek is een iFOBT

en een PSA-screening bij mannen of een gynaecologisch nazicht met mammografie bij vrouwen aangewezen.

**Trombofiliescreening** wordt niet routinematig aanbevolen. Een screening is wel aangewezen bij recidiverende tromboses, bij atypische lokalisatie (bv. cerebraal of mesenterieel), bij jonge patiënten (<40-45 jaar) of in het geval van positieve familiale anamnese voor unprovoked tromboses. Gezien het risico op vals afwijkende resultaten in de acute fase is voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de waarden en indien nodig moet een herhaling worden uitgevoerd in de tweede tijd. De resultaten kunnen ook beïnvloed worden door de gebruikte bloedverdunner. Genetische tests veranderen uiteraard niet (bv. factor V Leiden mutatie, protrombine gen variant.)

**Q** Wanneer is heelkunde aangewezen bij een DVT?

**Dr. Alexander Croo** Recanalisatie na een iliacaal DVT is beperkt tot 20%, met een aanzienlijk risico op het ontwikkelen van een post-trombotisch syndroom (PTS). Een iliacaal DVT, al dan niet in combinatie met een femoropopliteale DVT, is momenteel de enige indicatie voor een **mechanische trombectomie** of trombolysie. Gezien deze ingreep idealiter binnen de 2-3 weken na aanvang van de klachten wordt uitgevoerd, is het belangrijk de patiënt meteen door te verwijzen naar de vaatchirurg. Het doel van de ingreep





is niet zozeer het verlichten van de klachten, maar wel het voorkomen van PTS op lange termijn. Daarom wordt deze chirurgische ingreep vooral aanbevolen bij jonge patiënten.

Een vena cava-filter is alleen aangewezen zolang er een contra-indicatie bestaat voor anticoagulantia en er minstens sprake is van een popliteale of een meer proximale DVT. Zodra anticoagulantia kunnen worden gestart, dient de vena cava-filter zo snel mogelijk te worden verwijderd.

### **Q** Wanneer kunnen de DOAC en steunkous gestopt worden?

**Dr. Inke De Haes** In de meeste gevallen kan de DOAC na minimaal 3 maanden (bij provoked DVT) tot 6 maanden à 1 jaar behandeling gestopt worden. Bij recidiverende en/of unprovoked DVT of bij persisterende risicofactoren (bv. maligniteit of belangrijke DVT-restant op echo) wordt meer en meer een lage dosis DOAC (Rivaroxaban 10 mg; Apixaban 2x2.5 mg) geadviseerd op lange termijn. Bij langdurig gebruik van DOAC is een jaarlijkse evaluatie van de balans tussen bloedings- en tromboserisico, controle van de nierfunctie en interactie met andere medicatie aangewezen.

**Dr. Alexander Croo** De steunkousen kunnen worden gestopt wanneer er tweemaal een lage Villalta-score ( $\leq 4$ ) aanwezig is, met een periode van zes maanden tussen de twee evaluaties. Zolang de Villalta score  $\geq 5$  bedraagt, blijven steunkousen klasse II aangewezen, mede om PTS te vermijden.

## 02

**Een blik op Pulsed Field Ablation met dokter Grim De Meyer, cardioloog AZORG Hartcentrum**

### **Q** Is Pulsed Field Ablation de voorkeursteknik voor uitvoeren van een longvenenisolatie bij patiënten met voorkamerfibrillatie?

**Dr. Grim De Meyer** Bij Pulsed Field Ablation gebeurt elektroporatie van de celmembranen en dit selectief ter hoogte van de hartspiercellen van de longaders. Deze hartspiercellen zijn vaak verantwoordelijk voor episodes van voorkamerfibrillatie.

Het grote voordeel van deze energievorm is dat omliggend weefsel (zoals de slokdarm en de middenrifzenuw) niet kunnen beschadigd worden, in tegenstelling tot bij de klassieke thermische energievormen (branden en bevroren).

Bovendien verloopt deze techniek uiterst efficiënt. De proceduretijden bedragen ongeveer 45 minuten. Hierdoor worden de wachttijden

voor het uitvoeren van een longvenenisolatie korter.

De kans op behoud van sinusritme na een longvenenisolatie met Pulsed Field Ablation bedraagt ongeveer 80% bij patiënten met paroxysmale voorkamerfibrillatie (nog iets meer als ze anti-aritmica blijven innemen).

De longvenenisolaties met thermische energie zijn hierdoor niet van het toneel verdwenen. Deze energievorm leent zich bijvoorbeeld beter voor het uitvoeren van procedures onder lokale verdoving. Ook wanneer een tweede ablatie nodig is, wordt vaak geopteerd voor thermische energie (de voordelen van de verschillende energievormen worden op die manier gecombineerd). Op dit ogenblik worden in AZORG in elk geval meer en meer longvenenisolaties uitgevoerd met behulp van Pulsed Field Ablation.



# Handchirurg in de week, zweefvlieger in het weekend: de hobby op hoogte van dokter Ludwig Van Hoven

NICE TO MEET YOU



**Wie de mens is achter dokter Ludwig Van Hoven, hand- en microchirurg op campus Geraardsbergen, die vraag hield ons bij ALERT al een tijdje bezig. Dokter Van Hoven gaat na een bloeiende carrière van dertig jaar als hand- en microchirurg met pensioen, maar we laten hem niet vertrekken voor we een inkijkje geven in zijn bijzondere hobby die evenveel finesse en concentratie vereist als zijn beroep: zweefvliegen.**

**ALERT Zweefvliegen is niet bepaald een alledaagse hobby. Hoe bent u daartoe gekomen?**

**Dr. Van Hoven** Van kindsbeen af heb ik een bijzondere belangstelling ontwikkeld in de luchtvaart, ik las er alles over. Na mijn tweede jaar geneeskunde heb ik eens deelgenomen aan een BLOSO-sportkamp voor zweefvliegen. En dat viel goed mee. Toch heeft het zweefvliegen voor mij nadien een paar jaar stilgelegen: mijn studies gingen voor. Na mijn studies heb ik de draad terug opgepikt en zo is die passie stilaan gegroeid. Intussen ben ik al 40 jaar zweefvlieger. Zoiets moet groeien. Met mijn beroep was dat net zo. Toen ik aan geneeskunde begon, wist ik ook niet waar ik zou uitkomen. Het is pas gaandeweg dat ik heb ontdekt wat mij specifiek boeide. Al doende ontdek je je interesses en dan ben je als vanzelf geneigd om je daar meer op toe te leggen. Ik doe

mijn beroep nog steeds met hart en ziel. Sinds dag één kom ik elke dag met de glimlach naar het werk, en nu nog steeds.

**ALERT Dus het vliegen is geen vlucht, om het zo te zeggen?**

**Dr. Van Hoven** Ik zal mijn job wel missen eens ik stop. Mijn hobby beoefen ik niet om van mijn beroep verlost te geraken, beide kunnen perfect naast elkaar bestaan. Ik denk dat het geheim erin bestaat om ernaar te streven je job goed te doen, want dan komt er automatisch waardering voor je werk. Voor mij ligt daar de sleutel. Je wordt gestimuleerd door de waardering die je opbouwt. Dat geldt voor ieder van ons: probeer dat wat je moet doen, ook goed te doen. Mijn hobby is dus zeker geen way out. Zoals ik het zie, is een mens altijd op zoek naar iets dat hem onthecht van het dagelijks bestaan. Wat dat dan precies is, is bijzaak. Als je vliegt, ben je daar zodanig intens mee bezig dat je eenvoudigweg aan niks anders kan denken. Al de rest laat je tijdelijk volledig los en op die manier is dat een beetje mindful. Je hoort mensen

vaak zeggen: "We zijn dit weekend weggeweest". Dat gaat dan niet zozeer om de verplaatsing op zich, maar het idee van eens weg te zijn uit de dagelijkse bekommernissen.

**ALERT Hoe ziet de opleiding tot zweefvlieger eruit?**

**Dr. Van Hoven** Voor alle duidelijkheid, zweefvliegen is vliegen met een vliegtuig met een vaste structuur. Niet met een zeildoek of iets dergelijks, het is geen hanggliding. Maar er zijn inderdaad wel wat voorwaarden aan verbonden om ermee te kunnen starten. Je moet een medisch geschiktheidsonderzoek ondergaan, specifiek gericht op luchtvaartgeneeskunde, dus een standaard medisch attest zoals voor andere sporten volstaat niet. Daarna volgen een theoretische en praktische opleiding, waarover je ook examens aflegt. Tot de theoretische vakken behoren onder andere de constructie, navigatie, instrumenten, aerodynamica, weerkunde, gebruik van radiocommunicatie, reglementering en menselijke factoren. Het is belangrijk om de theorie goed te beheersen, want bij radiocommunicatie bijvoorbeeld deel je dezelfde frequentie met de luchtverkeersleiding, dus dat is bittere ernst. De praktijkopleiding volg je deels op de grond en dan uiteraard ook in



de lucht. Ook daarover leg je examen af. Er bestaat geen vaste regel over de duur van die opleiding: die hangt af van hoe intens je met het vliegen bezig bent. Wie elk weekend gaat vliegen, evolueert sneller dan iemand die maar eens om de paar weken gaat. De beste manier om het zweefvliegen aan te leren is op een sportkamp. Dat gaat het snelst vooruit. Elke vliegclub organiseert wel zo'n sportkamp in de zomer.

#### **ALERT Van waaruit vliegt u?**

**Dr. Van Hoven** Het sportkamp van BLOSO waar alles begon, was in Zwartberg, Limburg. Nadien heb ik op verschillende plaatsen gevlogen. Na mijn studies vloog ik een tijdlang in Gent, op het vliegveld van Sint-Denijs-Westrem. Nu is dat terrein Gent Expo geworden. Waar nu die reusachtige parking is, was vroeger het grasveld waar de zweefvliegers zaten. Toen het vliegveld is gesloten, zijn de meeste zweefvliegers verhuisd naar Wevelgem. Dat is jarenlang onze uitvalsbasis geweest. Toen ook dat vliegveld werd gesloten voor zweefvliegers, hebben we ons verplaatst naar Doornik. Om uiteindelijk lid te worden van de club in Geraardsbergen, vandaag de enige zweefvliegclub van Oost-Vlaanderen. Daarnaast ben ik ook lid van de luchtkadetten, een burgerlijke

organisatie die gesteund wordt door het leger met als doel om jonge mensen te enthousiasmeren voor de luchtvaart. Daar vlieg ik zelf ook nog steeds. Die activiteiten zijn geconcentreerd in Weelde, in Bevekom, in Florennes en in de zomer ook in Bertrix. En zo ken je op den duur heel wat vliegvelden van het land!

#### **ALERT Dus zweefvliegen is een sport in clubverband?**

**Dr. Van Hoven** Inderdaad. Er zijn een tiental clubs in Vlaanderen, waarvan slechts één in deze provincie. De clubs zijn samen verenigd in de liga van Vlaamse zweefvliegclubs die de belangen verdedigt van die clubs. De luchtkadetten vormen een grote organisatie, ik vermoed dat wij de grootste vliegschool van België zijn. Dan is er nog de Koninklijke Belgische Aeroclub, die niet alleen de belangen van de zweefvliegers, maar ook die van andere vliegsporten verdedigt. Op internationaal vlak heb je de Fédération Aéronautique Internationale die alle vliegsporten overkoepelt. Zweefvliegen is hiërarchisch georganiseerd en sterk gereguleerd, wat ook een noodzaak is natuurlijk.

#### **ALERT Is zweefvliegen niet sterk afhankelijk van de weersomstandigheden?**

**Dr. Van Hoven** In de winter ligt het zweefvliegen door de weersomstandigheden in België zo goed als stil. Het is onmogelijk om te vliegen in slecht weer. Zichtbaarheid is essentieel en in regenweer of mist is die heel slecht. Er mag ook niet te veel wind zijn. Die weersafhankelijkheid is wel een groot nadeel. Zweefvliegen is een sociaal gebeuren: je beoefent de sport in clubverband of met de luchtkadetten. Wanneer het koud is of als er veel wind staat, kan het vliegen voor de piloot wel plezierig zijn, maar het team op de grond staat dan vaak te verkleumen. Deze sport kan je niet alleen beoefenen: je moet in de lucht geraken. Dat kan met behulp van een sleep of met een lierkabel die bediend wordt door anderen. Er is ook iemand nodig om je vleugeltop vast te houden, want zo'n vliegtuig heeft maar één wiel in het midden. Voor zo'n vlucht is echt een hele ploeg nodig die elkaar afwisselt.

#### **ALERT Hoe verloopt zo'n zweefvlucht?**

**Dr. Van Hoven** De start gebeurt met een sleep door een ander vliegtuig of met behulp van een lierkabel, een lange kabel van 1200 meter. Aan de ene kant van de landingsbaan staat het zweefvliegtuig, en aan de andere kant is een krachtige motor gemonteerd op een vrachtwagen. Deze motor trekt snel de kabel omhoog, waardoor het

vliegtuig, zoals een vlieger op het strand, de lucht in wordt getrokken. Eens een bepaalde hoogte is bereikt, wordt die lierkabel losgekoppeld. Met behulp van een klein valscherp valt de kabel dan naar beneden, waarna hij wordt ingewonden zodat hij opnieuw kan worden gebruikt. In België wordt het nauwelijks gedaan, maar opslepen door een auto is ook een mogelijkheid. Dat zie je bijvoorbeeld in de filmklassieker *La Grande Vadrouille*. In de bergen wordt soms een zweefvliegtuig met een enorme rekker van de helling gelanceerd.

#### **ALERT Hoe gaat het dan verder, eens je in de lucht bent?**

**Dr. Van Hoven** Eens je bent losgekoppeld van de kabel, volgt de fase van de vrije vlucht. Als er dan geen thermiek is of een middel om omhoog te geraken, glij je gewoon langzaam terug naar beneden aan een snelheid van  $\frac{3}{4}$  meter per seconde in rustige lucht. Maar als je erin slaagt om omhoog te geraken met thermiek, hellingwind of golf kan je langer vliegen. Thermiek is het verschijnsel waarbij hier en daar zones van stijgende lucht zijn en op andere plaatsen dalende lucht. De kunst bestaat er dus in om stijgende lucht op te zoeken waarin je bochtjes kan maken. Zo kan je langzaam omhoog klimmen als het je lukt om in die zone te blijven.

#### **ALERT in de bergen zijn de omstandigheden wellicht anders?**

**Dr. Van Hoven** In de bergen kan je gebruik maken van hellingwind. Die ontstaat wanneer de wind langs een bergwand of heuvel omhoog wordt gedwongen. Dus als je met je vliegtuig langs die helling vliegt, kan je ook hoogte winnen. Golf is een verschijnsel waarbij de wind in de bergen over het reliëf beweegt en daarbij meerdere keren op en neer golft. Ook daar kan



je hoogte winnen als je een stijgende zone opzoekt. Op die manier vliegen is helemaal anders, dat ervaar ik tijdens mijn jaarlijkse stage in de Alpen.

#### **ALERT Hoe ziet de landing eruit?**

**Dr. Van Hoven** De landing gebeurt in principe op het vliegveld waar je bent vertrokken, maar dat lukt niet altijd (lacht). Soms land je op een ander vliegveld en moet je daar worden opgepikt. Het gebeurt ook wel eens dat je op een veld belandt. Als je geen thermiek meer vindt en je bent niet in de buurt van het vliegveld, kan dat al eens voorvallen. Dan moet er een wagen komen met een speciale, langwerpige aanhangwagen en moet het vliegtuig gedemonteerd worden voor het transport. Vanop zo'n veld kan je natuurlijk niet meer opstijgen. We hebben dan altijd wel de gewoonte om er een foto van te nemen, om vast te leggen hoe het niet moet (lacht).

#### **ALERT Wie doet er aan zweefvliegen?**

**Dr. Van Hoven** Het zweefvliegerspubliek is echt heel divers. Als je gemotiveerd

bent en je toelegt op de leerstof, dan kan iedereen beginnen met zweefvliegen. Vliegen wordt vaak beschouwd als elitair, maar dat is een misvatting. De kost van een vliegstage is vergelijkbaar met die van een skireis. Het lidgeld van een club bedraagt zo'n 500 euro per jaar. Een start met een lierkabel kost rond de 12 euro, starten met een sleep kost 35 of 40 euro. De huurprijs van een zweefvliegtuig bedraagt een halve euro per minuut. Dus als je dan een vlucht van meerdere uren doet, wordt het wel duur. Buitenlandse stages in de bergen zijn ook best duur. Wie eens wil kennismaken met het zweefvliegen, kan als passagier mee op een initiatievlucht. Elke club biedt wel dergelijke luchtdopen aan.

#### **ALERT Is zo'n dagje vliegen niet tijdrovend?**

**Dr. Van Hoven** Dat is inderdaad een groot nadeel. Je komt 's morgens toe en het eerste werk bestaat erin om alle toestellen buiten te zetten. Dan blijf je tot 's avonds, tot alle toestellen

weer binnen staan en de deuren van de hangar terug dicht kunnen. Het vraagt een groot engagement en ook voor de mensen thuis is het niet vanzelfsprekend. Daar wil ik wel eerlijk over zijn.

#### **ALERT** Wat kan je bereiken met het zweefvliegen?

**Dr. Van Hoven** De meeste mensen vliegen gewoon recreatief. Dan zijn er ook mensen die als doel stellen om tot een bepaald punt te geraken. Het kan een doelstelling zijn om brevetten te halen, je kan vliegen met passagiers of lesgeven. Dat laatste doe ik zelf het meest. Kunstvliegen kan met toestellen die daar specifiek voor gemaakt zijn. Er worden ook wedstrijden georganiseerd waarbij een specifieke route wordt afgelegd op zo kort mogelijke tijd. Bij die wedstrijden wordt dan rekening gehouden met verschillende factoren. In het zweefvliegen wordt net zoals bij golf gesproken over handicaps: die

**Ik denk dat het geheim erin bestaat om ernaar te streven je job goed te doen, want dan komt er automatisch waardering voor je werk. Voor mij ligt daar de sleutel.**

verwijzen naar de glij-eigenschappen van het vliegtuig. Een glijgetal van 1 op 30 betekent dat je vanop 1000 meter hoogte 30 km ver kan geraken. Dat is waar de Franse uitdrukking "ça plane" naar verwijst. De brevetten die je in het zweefvliegen kan halen, zijn opgedeeld in drie categorieën: hoogtewinstvluchten, duurvvluchten en afstandsvluchten. Dat kan gaan over 1000 meter klimmen of vijf uren in de lucht blijven. Als er thermiek is of goede hellingwind, lukt dat wel. Als de weersomstandigheden minder gunstig zijn, duurt zo'n vlucht misschien maar 10 minuten. Dan is het wel veel gedoe voor zo'n korte vlucht.

#### **ALERT** Wat is volgens u de moeilijkste discipline?

**Dr. Van Hoven** Doelvluchten zijn relatief moeilijke proeven, omdat je vooraf een doel moet stellen en die specifieke doelstelling moet je op voorhand declareren. Je kan dus niet tijdens de vlucht van gedachten veranderen in functie van het weer. De kunst is vooraf goed uit te kiezen of die vlucht haalbaar is – en dat is best een uitdaging. Het is niet zo dat je zo'n doelvlucht meteen van je lijstje kan afvinken. Meestal zijn er meerdere pogingen nodig. Maar het blijft een hobby, dus als het anders uitdraait dan je verwachtte, heb je wel iets anders gedaan dat ook plezant was. Met die ingesteldheid zit je juist bij deze hobby. In het zweefvliegen ben je overgeleverd aan de natuurelementen.

#### **ALERT** Hoe gevaarlijk is zweefvliegen?

**Dr. Van Hoven** Ongevallen zijn heel zeldzaam. Zweefvliegen is dan ook sterk gereguleerd. Er wordt altijd gevlogen met een valschermsysteem. Bovendien zijn de vliegtuigen wel stevig. Vroeger bestonden er wel hoogte- en duurrecords en zo gebeurden er soms ernstige ongevallen. Met veel wind in de bergen kan je blijven vliegen, dus ongevallen gebeurden door pure vermoeidheid. Nu zijn dergelijke duurrecords verboden. Veiligheid gaat voor alles. De foto's die je hier ziet, heb ik zelf genomen vanuit een tweezitter: een kompaan stuurt terwijl ik fotografeer en dat levert wel mooie plaatjes op.



*Landen op het vliegveld lukt niet altijd*



## Jolien Volcke

### URGENTIEGENEESKUNDE

Dokter Volcke studeerde af als arts aan de UGent in 2014 en behaalde haar erkenning als arts-specialist in de urgentiegeneeskunde in 2020. Uit bijzondere interesse voor de kritieke zorg volgde ze aansluitend een postgraduaat in de intensieve geneeskunde.

# Nieuwe artsen bij AZORG

## Charlotte Lievens

### REUMATOLOGIE

Sinds november 2024 versterkt dokter Charlotte Lievens de dienst reumatologie. Dokter Lievens rondde haar opleiding geneeskunde af aan de UGent in 2018. Ze vervolgde haar opleiding inwendige geneeskunde met specialisatie in de Reumatologie in het A.S.Z., het OLV-ziekenhuis en het UZ Gent waar ze zich verder specialiseerde in musculoskeletale echografie en capillaroscopie. Ze studeerde af als reumatoloog in 2024. Dokter Lievens heeft een brede interesse in klassieke reumatologische aandoeningen en systeemziekten. Daarnaast richt zij zich op de behandeling van osteoporose, zowel bij mannen als bij vrouwen. Via regelmatige bijscholingen en onderwijsactiviteiten wil dokter Lievens op de hoogte blijven van de nieuwste behandelingen en richtlijnen binnen deze snel veranderende discipline.







## Ewout Landeloos

### MEDISCHE ONCOLOGIE

Dokter Landeloos behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven. Zijn opleiding tot arts-specialist in de inwendige geneeskunde volbracht hij aan de Europa Ziekenhuizen St.-Elisabeth in Ukkel, het OLV-ziekenhuis en het UZ Leuven. In 2024 behaalde hij zijn PhD in de Biomedische Wetenschappen en voltooide hij zijn opleiding als arts-specialist in de medische oncologie. Dokter Landeloos heeft een specifieke interesse in melanomen, hersentumoren, immuuntherapie, innovatieve geneesmiddelen, klinisch onderzoek en wetenschapscommunicatie. Sinds augustus 2024 maakt dokter Landeloos deel uit van het team Medische Oncologie.

## Dimitri Stylemans

### PNEUMOLOGIE

Sinds augustus 2024 versterkt dokter Stylemans de dienst Pneumologie. Dokter Dimitri Stylemans behaalde zijn Master in de Geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel in 2015. In 2021 studeerde hij af als arts-specialist in de Pneumologie aan de Vrije Universiteit Brussel. Daarnaast behaalde hij in 2023 ook een Master in de Sportgeneeskunde aan de KU Leuven en verwierf hij een erkenning in de functionele, sociale en professionele revalidatie, met een specialisatie in respiratoire revalidatie aan het UZ Leuven. Zijn specifieke interesses gaan uit naar respiratoire revalidatie, ergospirometrie en COPD.



# WELKOM BIJ

# Nieuwe artsen bij AZORG



## Phylie Casteels

GASTRO-ENTEROLOGIE

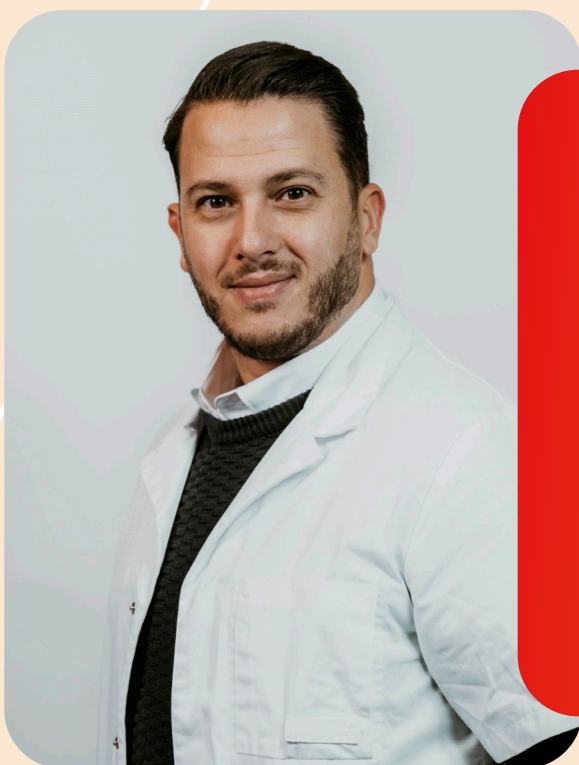
Sinds september 2024 versterkt dokter Phylie Casteels het team Gastro-Enterologie. Ze voltooide haar opleiding tot gastro-enteroloog aan de Vrije Universiteit Brussel en volgt momenteel een fellowship aan het UZA voor neurogastro-enterologie en motiliteit.

## Simon Planken

KLINISCHE HEMATOLOGIE

Dr. Planken maakt sinds september 2024 deel uit van de dienst Klinische Hematologie. In 2018 studeerde dokter Planken af als arts aan de Vrije Universiteit Brussel, in 2023 behaalde hij de erkenning als internist en in 2024 werd hij erkend als klinisch hematoloog.





## Ibrahim Chiari

### RADIOTHERAPIE

Eind 2024 sloot dokter Ibrahim Chiari zich aan bij de dienst Radiotherapie. Dokter Chiari behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen in 2019. Zijn opleiding radiotherapie volgde hij aan het Iridium Netwerk, het UZ Brussel, het Instituut Jules Bordet, het Jessa Ziekenhuis, het ZOL en het OLV-ziekenhuis. Dokter Chiari legt zich specifiek toe op borstoncologie, longoncologie, dermatologische en gynaecologische (inclusief brachytherapie) oncologie en hoofd- en halskanker.

## William Marcelis

### NEUROCHIRURGIE

Dokter Marcelis maakt sinds september 2024 deel uit van de dienst Neurochirurgie. Hij behaalde zijn diploma geneeskunde aan de UGent en studeerde in 2024 af aan de Vrije Universiteit Brussel als arts-specialist in de neurochirurgie. Tijdens zijn studies ontwikkelde hij een bijzondere passie voor het zenuwstelsel en de hersenen. Neurochirurgie trok zijn aandacht omwille van de talrijke nog onbekende aspecten, zoals de complexe aansturing van de hersenen en de vraag hoe herstelprocessen optimaal kunnen verlopen. Dokter Marcelis specialiseert zich in Nijmegen verder in diepe hersenstimulatie, een behandelmethode voor bewegingsstoornissen zoals tremor en de ziekte van Parkinson.



# ZORG VAN **A TOT Z**



[azorg.be](https://azorg.be)

