miah

medische informatie aan de huisartsen

AZ Voorkempen
algemeen ziekenhuis
emmaüs



OKTOBER 2026

- Dementiezorg in evolutie
- Verhuis daghospitaal en dialysecentrum
- **Dossier maag-, darm- en leverziekten**
- Nieuwe artsen in dienst

IN DIT NUMMER

Dementiezorg in evolutie	04
Vraag van de huisarts: aanbevolen vaccinaties bij chronisch nierlijden	06
Nieuw daghospitaal en dialysecentrum	08
Dossier maag-, darm- en leverziekten	**10**
1.000 knieprotheses op maat	20
Wonderzocht: duaal leiderschap	22
Nieuwe artsen, artsen uit dienst	24
Kort nieuws	27
Agenda	28

DIGITALE NIEUWSBRIEF VOOR PROFESSIONALS

Scan de QR-code, schrijf je in voor onze digitale nieuwsbrief en ontvang maandelijks het laatste nieuws uit AZ Voorkempen.

Coverfoto: reiniging endoscoop





dr. Pieter Jan Simons
hoofdarts - medisch directeur
pieterjan.simons@emmaus.be

Mijlpalen

Als organisatie definiëren we voor onszelf een missie (‘wat doen we nu’), een visie (‘wat willen we doen in de toekomst’) en een strategie (‘de weg naar de toekomst’). Op die weg naar de toekomst bereikten we de afgelopen maanden enkele mooie mijlpalen.

Een eerste mijlpaal is het **afwerken van de nieuwe vleugel**. De raadplegingen, het daghospitaal en het dialysecentrum namen er ondertussen hun intrek. Als laatste verhuizen de kinderafdeling en raadpleging gynaecologie in januari 2027. We vieren deze mooie mijlpaal graag samen met onze belangrijkste partners. Daarom krijgt de jaarlijkse eindejaarsreceptie eenmalig een bijzondere invulling in februari. Je bent **welkom op 18 februari 2027 voor de officiële inhuldiging** van de nieuwe ziekenhuisvleugel. Uitnodiging volgt later dit najaar.

De tweede mijlpaal is eerder symbolisch: er werken nu **150 artsen** op vaste basis in ons ziekenhuis. Ter illustratie, in 2020 waren dat er nog 115. Het aantal op zich is niet van belang en ook allesbehalve uniek, maar de aangroei weerspiegelt onze ambitie: onze zorg is verbreed, verdiept en omvangrijker geworden. Wachtlijsten verminderen nauwelijks, helaas, maar er kunnen wel meer patiënten bij ons terecht.

Aan een derde mijlpaal, het **medisch-verpleegkundig duaal leiderschap**, bouwen we al enkele jaren. Van idee tot implementatie, van eerste stappen tot ‘gewone’ dagelijkse praktijk: nu het project volwassen is, zal de Universiteit Antwerpen dit leiderschapsmodel toetsen aan de literatuur en dagelijkse praktijk. In huis en buitenshuis kunnen we het dan verder uitdragen.

Bovendien verwelkomen we **dr. Rik Verroken** als nieuwe algemeen directeur in ons ziekenhuis. We danken Koen Vancraeynest voor zijn 13-jarig engagement.

Over dit alles lees je in deze nieuwe editie van MIAH. Veel leesplezier!

VAN DIAGNOSTIEK TOT BEGELEIDING

Dementiezorg in evolutie



dr. Boudewijn Michielsens
neuroloog

“Dementie is geen ziekte, maar een symptoombeschrijving. Daarom is het belangrijk om verder te kijken naar de onderliggende oorzaak”, zegt dr. Boudewijn Michielsens, neuroloog in AZ Voorkempen. Hij ziet in zijn dagelijkse praktijk hoe belangrijk een vroege en correcte diagnose is voor zowel patiënten als hun omgeving.

ALARMSIGNALEN

De belangrijkste reden waarom mensen hulp zoeken, is vergeetachtigheid. Ook andere signalen zoals gedrags- of persoonlijkheidsveranderingen, of problemen met dagelijkse taken kunnen wijzen op een onderliggende cognitieve aandoening. “Wanneer iemand moeilijkheden krijgt met zaken die hij jarenlang probleemloos heeft gedaan, zoals bankzaken regelen of een reis boeken, dan is dat een belangrijk alarmsignaal”, vertelt dr. Michielsens.

Om de onderliggende oorzaak van dementie vast te stellen, blijft een zorgvuldige diagnostische aanpak essentieel. Hoewel de ziekte van Alzheimer de meest voorkomende oorzaak is, bestaan er ook andere vormen van dementie, zoals vasculaire dementie, Lewy body dementie en frontotemporale dementie. Het onderscheid tussen deze vormen is belangrijk, omdat ze vaak verschillen in ziekteverloop, prognose en de manier waarop patiënten en hun omgeving het best begeleid kunnen worden.

DIAGNOSTIEK EVOLUEERT SNEL

De mogelijkheden om geheugenstoornissen te onderzoeken, zijn de voorbije jaren sterk uitgebreid. Al enkele tientallen jaren kan men biomarkers voor de ziekte van Alzheimer opsporen in het cerebrospinaal vocht. Sinds ongeveer een jaar is dat ook mogelijk via een bloedafname. Hoewel deze bloedtest wordt gezien als een veelbelovende ontwikkeling, spoort dr. Michielsens aan voor een doordacht gebruik. “Een bloedbiomarker is geen test die je zomaar bij iedere patiënt aanvraagt. Eerst moet je het volledige diagnostische traject doorlopen.”

Dat traject start met een grondige anamnese, een klinisch onderzoek en, indien nodig, een deskundige neuropsychologische evaluatie. Ook beeldvorming, bijvoorbeeld via een MRI-scan van de hersenen, kan belangrijke aanwijzingen geven over de onderliggende oorzaak van de klachten. Daarnaast blijft een uitgebreid bloedonderzoek essentieel, met aandacht voor onder meer de schildklierfunctie, vitamine B12 en foliumzuur. Pas als uit al deze onderzoeken blijkt dat het de ziekte van Alzheimer kan zijn, heeft het zin om bloedbiomarkers te bepalen.

Die bloedbiomarkers zijn bovendien niet voor iedereen even betrouwbaar. Een goede nierfunctie is belangrijk en ook bij zwaarlijvigheid of bij patiënten ouder dan 80 jaar kunnen vals-positieve resultaten vaker voorkomen en voeren we de test niet uit.

PREVENTIE

Hoewel dementie niet volledig te voorkomen is, kunnen enkele risicofactoren wel beïnvloed worden. Een gezonde levensstijl blijft een van de belangrijkste preventieve maatregelen: stoppen met roken, beperkt alcoholgebruik, voldoende beweging, gezonde voeding, een goede controle van cardiovasculaire risicofactoren en voldoende slaap. Deze dragen allemaal bij tot een lager risico op cognitieve achteruitgang.

“Fysiek, mentaal én sociaal actief blijven, maakt bovendien echt een verschil”, benadrukt dr. Michielsens. “Mensen die op pensioen gaan, in hun zetel gaan zitten en niemand meer zien, hebben een veel hoger risico om te dementeren.”

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

Vandaag beschikken artsen over een aantal geneesmiddelen die de symptomen gemiddeld zo’n 6 maanden tot 2 jaar kunnen stabiliseren, zoals donepezil, rivastigmine en galantamine. Daarnaast komen er nieuwe behandelingen beschikbaar die de opstapeling van amyloïd in de hersenen verminderen, bijvoorbeeld met de nieuwe medicijnen lecanemab en donanemab. Deze zijn voorlopig nog niet beschikbaar in België.

Volgens dr. Michielsens bieden deze middelen perspectief, maar is enige nuancering op zijn plaats: “Het gaat niet om een genezing. De nieuwe behandelingen kunnen het ziekteproces vertragen voor gemiddeld 6 maanden. Bovendien zijn er risico’s, hoge kosten en strikte selectiecriteria waardoor slechts een beperkte groep patiënten in aanmerking komt voor de nieuwe behandelingen.”

OOG VOOR MANTELZORGER

De zorg voor mensen met dementie stopt niet bij het stellen van een diagnose. Minstens even belangrijk is een goede begeleiding van patiënt en omgeving. Dr. Michielsens bespreekt daarom al snel onderwerpen zoals vroegtijdige zorgplanning, zorgvolmacht, huidige en toekomstige zorgnoden. Voor de verdere uitwerking van die vroegtijdige zorgplanning verwijst hij door naar de huisarts, die de context meestal beter kent. “Zolang iemand nog voldoende beslissingsbekwaam is, kunnen belangrijke keuzes bewust worden gemaakt.” Tegelijk benadrukt hij dat patiënten zo lang mogelijk actief en zelfstandig moeten blijven. “We zien soms dat familie taken te snel overneemt. Wat iemand afleert, gaat men niet meer opnieuw leren.”

Ook de mantelzorger verdient aandacht. De belasting kan immers zwaar doorwegen naarmate de ziekte vordert. In AZ Voorkempen ondersteunt dementiereferentiepersoon Debby De Meyer patiënten en mantelzorgers met informatie, advies en praktische hulpmiddelen. Een tijdige diagnose is belangrijk, maar het zijn vaak de huisarts en andere zorgverleners die daarna het verschil maken door patiënten en hun naasten jarenlang te begeleiden, te ondersteunen en mee richting te geven aan hun zorgtraject.

Voor huisartsen: advies en ondersteuning bij dementiezorg

Dementiereferentieartsen (DRA) ondersteunen zorgverleners die, ondanks hun eigen expertise, beschikbare hulpmiddelen en professioneel netwerk, vastlopen bij complexe dementiesituaties. Een **interdisciplinair team** van huisartsen, geriaters, psychiaters, dr. Michielsens als neuroloog en dementiedeskundigen van de expertisecentra dementie geeft advies en denkt mee na over oplossingen.

Dr. Boudewijn Michielsens is momenteel de enige neuroloog in Vlaanderen die actief is als dementiereferentiearts. In deze functie formuleert hij **adviezen op basis van het patiëntendossier**, zonder de patiënt zelf te zien.

Via www.huisartsendementie.be kan je **advies vragen** aan een DRA, andere adviezen lezen en een uitgebreide kennisbank rond dementiezorg raadplegen.

VRAAG VAN DE HUISARTS

Welke vaccinaties zijn vandaag aanbevolen voor patiënten met chronisch nierlijden (CKD)?



Dr. Tim Ryssens, huisarts in Huisartsenpraktijk Voetbooglaan gelegen te Kalmthout, legde de kwestie aan ons voor.

Nefroloog dr. Pauline Braet en medisch microbioloog dr. Clara Ceyssens geven een praktisch overzicht van de actuele aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, aangevuld met de huidige terugbetalingscriteria voor deze patiënten volgens het Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie.

INFLUENZA

Het standaard vaccin is aanbevolen voor alle CKD-patiënten. Voor CKD-patiënten van 50 jaar en ouder wordt het hooggedoseerd vaccin aanbevolen, dit laatste wordt enkel terugbetaald vanaf 65 jaar.

HEPATITIS B

Vaccinatie is breed aanbevolen. Terugbetaling verloopt via het zorgtraject chronisch nierlijden vanaf 15 jaar bij (kandidaat) dialysepatiënten. Volg het hooggedoseerd schema:

- Fendrix® 20 mcg: 4 maal op maand 0, 1, 2 en 6
- Engerix® 2x20 mcg: 4 maal op maand 0, 1, 2 en 6
- HB vax pro® 40 mcg: 3 maal op maand 0, 1 en 6

HERPES ZOSTER (ZONA)

Vaccinatie aanbevolen vanaf 60 jaar, of bij immuungecompromitteerde patiënten (ongeacht het al doormaken van de ziekte): Shingrix® 2 injecties met een interval van 2 tot 6 maanden. Terugbetaling enkel bij getransplanteerden of mensen die in aanmerking komen voor niertransplantatie.

HUMAAN PAPILLOMAVIRUS

Aanbevolen bij volwassen getransplanteerden of mensen die in aanmerking komen voor transplantatie. Terugbetaling enkel voor patiënten tussen 19 en 46 jaar oud vóór niertransplantatie.

PNEUMOKOKKEN

Vaccin aanbevolen vanaf 65 jaar of bij iedereen met risicofactoren, waaronder patiënten met CKD KDIGO G3b (stadium chronisch nierlijden via KDIGO-richtlijnen) of nefrotisch syndroom.

Voorkeur voor PCV20 of PCV21 als primo vaccin. Eénmaal PCV20 of PCV21 gekregen, is een herhalingsvaccin niet meer nodig.

- Voor 18-49 jaar: PCV20
- Voor 50-84 jaar: PCV20 of PCV21
- Vanaf 85 jaar: voorkeur PCV21

Terugbetaling voor PCV20 voor patiënten tussen 65-80 jaar met comorbiditeiten, terugbetaling voor PCV21 voor patiënten vanaf 65 jaar met comorbiditeiten.

RSV

Aanbevolen vanaf 75 jaar, of patiënten ouder dan 60 met risicofactoren (waaronder CKD), immuungecompromitteerde patiënten of mensen in woonzorgcentrum: éénmalige injectie met Arexvy® of Abrysvo®, bij voorkeur in september-oktober, nog geen aanbeveling voor herhalingsvaccinatie, immuniteit zeker voor 2 jaar.

Terugbetaling voor Arexvy® vanaf 65 jaar met comorbiditeiten.

OVER IMMUNOSUPPRESSIVA

Levende vaccins zoals mazelen, gele koorts en varicella kan men niet meer geven onder immuunsuppressiva. Deze vaccins moeten minstens 4 weken voor start immuunsuppressiva gegeven zijn.

Bij B-cel depleterende therapieën zoals rituximab is de vaccinatierespons verminderd. Vaccinatie gebeurt bij voorkeur 4 weken vóór de start van de behandeling of 6 tot 12 maanden na de laatste toediening. Indien dit niet kan, blijft vaccinatie aanbevolen ondanks de verminderde respons.

ALGEMEEN

Immunogeniciteit en veiligheid van vaccins zijn onafhankelijk van het tijdstip van dialyse.

Ziekte	Aanbevolen voor	Vaccinatieschema	Terugbetaling
COVID-19	CKD, dialyse, transplantatie	Periodieke booster	Ja
Difterie + Tetanus + Pertussis	Reguliere basisvaccinatie	Herhaling elke 10 jaar	Ja
Hepatitis B	CKD, dialyse, transplantatie	Hooggedoseerd	Beperkt, zie tekst
Herpes zoster	CKD en dialyse vanaf 60 jaar Transplantatie	Eénmalig 2 vaccins met 2 tot 6 maanden tussen	Beperkt, zie tekst
HPV	Reguliere basisvaccinatie + extra voor transplantatie	HPV9 maand 0, 2 en 6	Beperkt, zie tekst
Influenza	CKD, dialyse, transplantatie	Jaarlijks, hooggedoseerd vanaf 50 jaar	Beperkt, zie tekst
Mazelen	Vóór transplantatie	Als nog niet gehad/onvoldoende antistoffen: 2 dosissen met minstens 1 maand tussen	Ja
Pneumokokken	CKD, nefrotisch syndroom, dialyse, transplantatie	Eén inenting met PCV20 of PCV21	Beperkt, zie tekst
RSV	CKD, dialyse en transplantatie vanaf 60 jaar	Nog geen aanbeveling voor herhalingsvaccinatie	Beperkt, zie tekst

Van bouwen aan infrastructuur naar bouwen aan zorg

Met de ingebruikname van het nieuwe daghospitaal en dialysecentrum zet AZ Voorkempen opnieuw een belangrijke stap in de verdere uitbouw van het ziekenhuis. Beide afdelingen combineren hedendaags comfort met een efficiëntere organisatie van de zorg en voorzien extra ruimte voor toekomstige groei.



SAVE THE DATE
Officiële inhuldiging nieuwe ziekenhuisvleugel op 18 februari 2027

Meer info zie p. 28

STAPSGEWIJZE VERHUIS

De nieuwe ziekenhuisvleugel wordt stapsgewijs in gebruik genomen en zal uiteindelijk 8.000 m² extra zorgruimte toevoegen aan het bestaande hoofdgebouw.

Begin dit jaar werden 50 extra raadplegingsruimten geopend op het gelijkvloers. Sinds juni bevindt het daghospitaal volwassenen zich op de eerste verdieping, en in september verhuisde het dialysecentrum naar de derde verdieping. Als laatste zullen de kinderafdeling en de raadpleging gynaecologie hun intrek nemen op de tweede verdieping. Die verhuis staat gepland voor januari 2027.

NATUURLIJKE LICHTINVAL

Het ontwerp van de nieuwe vleugel kwam tot stand in nauwe samenwerking met artsen, paramedici, verpleegkundigen en ondersteunende diensten, zodat de infrastructuur optimaal aansluit bij de dagelijkse zorgpraktijk. Hierbij werd niet alleen gekeken naar de functionele noden van vandaag, maar ook naar de toekomstige ontwikkelingen in de zorg.

Qua comfort zorgt een centrale patio voor veel natuurlijke lichtinval in het gebouw, terwijl het gebruik van lichte materialen en een doordachte indeling bijdragen aan een aangename omgeving voor patiënten, bezoekers en medewerkers. Daarbij ging aandacht naar zowel het comfort van patiënten als naar efficiënte zorgprocessen, logistieke ondersteuning en multidisciplinaire samenwerking. Op die manier creëert AZ Voorkempen niet alleen extra ruimte voor toekomstige groei, maar ook een zorgomgeving die de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg op lange termijn ondersteunt.

AMBULANTE ZORG

Met het nieuwe daghospitaal speelt het ziekenhuis in op de verdere groei van ambulante zorg. De afdeling beschikt over moderne behandelkamers en een ruime infuuszaal.

Naast de infrastructuur werd ook de organisatie van de zorg herbekeken. Dankzij een digitaal oproepsysteem en een flexibele toewijzing van kamers op het moment van onderzoek of ingreep kan de beschikbare ruimte efficiënter worden benut. Dat zorgt voor meer privacy voor patiënten én het ondersteunt een vlotte doorstroming op de afdeling.

ONDER ÉÉN DAK

De nieuwe huisvesting van het dialysecentrum ondersteunt de versterking van de nefrologische zorg in AZ Voorkempen.

De integratie van de afdeling in het ziekenhuis zorgt voor een vlottere samenwerking met andere diensten en maakt bijkomende raadplegingen, onderzoeken en logistieke ondersteuning efficiënter.

Achter de schermen werd bovendien geïnvesteerd in een nieuwe waterbehandelingsinstallatie, een cruciaal onderdeel van een veilige en kwalitatieve dialysebehandeling.

Daghospitaal volwassenen

Opnames voor onderzoeken, behandelingen en ingrepen zonder overnachting.

- Meer dan 18.000 dagopnames in 2025, een groei van ruim 6% tegenover 2024
- 3 moderne behandelkamers
- Ruime infuuszaal met 16 plaatsen



Dialysecentrum Voorkempen

Levensnoodzakelijke behandeling waarvoor nierpatiënten 155 keer per jaar naar het ziekenhuis komen.

- Hoofdlocatie AZ Voorkempen:
  - » 30 high-care plaatsen
  - » 6 low-care plaatsen
- Satellietlocatie AZ Klina:
  - » 14 low-care plaatsen





Maag-, darm- en leverziekten: waar internistische en chirurgische zorg samenkomen

Gastro-enterologie en abdominale heelkunde zijn nauw met elkaar verbonden. Van de eerste diagnostische onderzoeken tot een eventuele chirurgische behandeling: patiënten doorlopen vaak een zorgtraject waar beide disciplines een rol spelen. In dit dossier belichten we enkele actuele thema's en gespecialiseerde technieken die tonen hoe de disciplines elkaar versterken in de zorg voor patiënten met maag-, darm- en leveraandoeningen.

ALGEMENE EN ABDOMINALE HEELKUNDE

- **Abdominale heelkunde**: appendix, galblaas, maag, dunne darm, dikke darm, pancreas, lever en milt
- **Buikwandchirurgie**: liesbreuk, navelbreuk, littekenbreuk en middenrifproblemen
- **Bekkenbodemchirurgie**: onder meer verzakkingen van endeldarm en baarmoeder
- **Endocriene heelkunde**: schildklier-, bijschildklier-, bijnier- en pancreaschirurgie
- **Proctologie**: aambeien, fistels, abcessen, aarskloven en prolaps
- **Obesitaschirurgie** als onderdeel van het multidisciplinaire KOALA-traject
- **Chirurgie van de weke delen**: cysten, lipomen, huidletsels, naevus, melanomen en sarcomen

TEAM

- dr. Michael Nachtergaele
- dr. Steven Reremoser
- dr. Pieter Van Aelst

Er is een nauwe samenwerking met de collega's van AZ Klina:

- dr. Peter Delvaux
- dr. Pieter D'hooge
- dr. Frederik Huysentruyt (pancreaschirurgie in UZA)

GASTRO-ENTEROLOGIE

- **Inflammatoire darmziekten** (IBD): ziekte van Crohn en colitis ulcerosa
- **Maag- en (slok)darmaandoeningen**: reflux, Barrett-slokdarm, prikkelbaredarm-syndroom, coeliakie en diverticulose
- **Lever- en galwegaandoeningen**: hepatitis, levercirrose, NASH en galwegpathologie
- **Pancreasaandoeningen**: acute en chronische pancreatitis
- **Endoscopische onderzoeken**: gastroscopie, coloscopie en ERCP
- **Functionele klachten en voedsel-intoleranties**: lactose-intolerantie en chronische buikklachten

TEAM

- dr. Eva Hufkens
- dr. Sofie Sleeckx
- dr. Erika Van den Bogaert
- dr. Anneleen Van Hootegem
- dr. Johan Van Stappen
- dr. Annelies Verreth
- dr. Laura Wuyts

INFLAMMATOIRE DARMZIEKTEN (IBD)

Een behandeling op maat voor elke patiënt



dr. Michael Nachtergaele
abdominale heelkunde



dr. Annelies Verreth
gastro-enterologie

De behandeling van inflammatoire darmziekten (IBD), waaronder de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, is de afgelopen jaren sterk geëvolueerd. Nieuwe medicamenteuze therapieën bieden steeds meer mogelijkheden, maar chirurgie blijft voor sommige patiënten een belangrijk onderdeel van het zorgtraject. Gastro-enteroloog dr. Annelies Verreth en abdominaal chirurg dr. Michael Nachtergaele lichten toe hoe beide disciplines samenwerken aan een behandeling op maat.

ALERT VOOR ALARMSIGNALEN

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa zijn chronische ontstekingsziekten van de darm. Colitis ulcerosa treft voornamelijk de dikke darm, terwijl de ziekte van Crohn zich in het volledige spijsverteringsstelsel kan voordoen. Ook klachten buiten de darm kunnen deel uitmaken van het ziektebeeld, en dat soms zelfs vóór de darmklachten optreden.

IBD wordt vaak vastgesteld bij jongere patiënten met maag-darmklachten. Forse diarree, bloed bij de stoelgang en een familiale voorgeschiedenis zijn belangrijke alarmsignalen. Omdat de klachten kunnen overlappen met die van het prikkelbaredarmsyndroom, is een snelle diagnose niet altijd eenvoudig.

"De huisarts kan bij vermoeden van IBD al een bloedonderzoek uitvoeren, met aandacht voor ontstekingswaarden, ijzerparameters en vitamines. Bij diarree zijn ook een stoelgangskweek en een bepaling van het fecaal calprotectine zinvol", vertelt dr. Verreth.

> "Vroege behandeling kan schade op lange termijn helpen voorkomen."
> - dr. Annelies Verreth

"Normale ontstekingswaarden en een laag fecaal calprotectine maken IBD minder waarschijnlijk. Bij afwijkende resultaten of aanhoudende twijfel is verwijzing naar de gastro-enteroloog aangewezen. We weten immers dat een vroege behandeling schade op lange termijn kan helpen voorkomen."

VAN DIAGNOSE NAAR BEHANDELING

Bij een sterk vermoeden van IBD volgen doorgaans een gastroscopie en coloscopie. Tijdens die onderzoeken worden ook weefselstalen afgenomen, zelfs wanneer er geen duidelijke afwijkingen zichtbaar zijn. Als de onderzoeken al op de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa wijzen, kan meteen een basisbehandeling worden gestart. De bevindingen, resultaten van de biopsies en eerste reactie op de medicatie worden tijdens een controleraadpleging besproken.

De behandeling verloopt stapsgewijs en verschilt naargelang de aandoening. Bij de ziekte van Crohn wordt in eerste instantie vaak gestart met corticosteroïden. Bij colitis ulcerosa vormen 5-ASA-preparaten doorgaans de basisbehandeling. Wanneer die behandeling onvoldoende effect heeft, kunnen biologicals of andere gerichte therapieën worden ingezet. De keuze en volgorde worden mee bepaald door de Belgische terugbetalingsvoorwaarden. Daardoor komen nieuwere behandelingen, zoals IL-23-remmers en JAK-inhibitoren, pas later in het behandeltraject aan bod.



"We beschikken over steeds meer behandelmogelijkheden, maar door de terugbetalingsregels verloopt de behandeling vaak in verschillende stappen", legt dr. Verreth uit. Het doel van de behandeling gaat verder dan louter symptoomcontrole. "We streven naar een klachtenvrije patiënt met een goede levenskwaliteit, maar ook naar herstel van de darmwand. Een darm die genezen is, verkleint immers het risico op complicaties op langere termijn."

CHIRURGIE OP HET JUISTE MOMENT

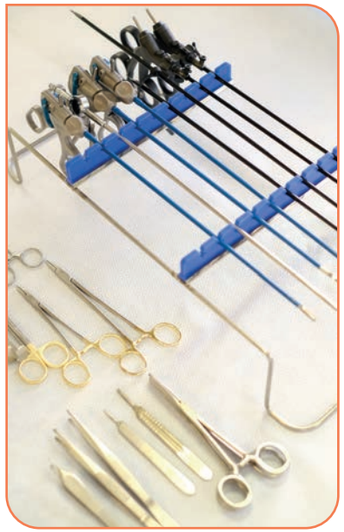
Ondanks de groeiende medicamenteuze mogelijkheden ondergaat een deel van de patiënten tijdens het ziekteverloop een ingreep. "Chirurgie wordt overwogen wanneer medicatie onvoldoende werkt of wanneer anatomische complicaties optreden", vertelt dr. Nachtergaele.

Zo kan een ernstige vernauwing een obstructie veroorzaken, terwijl een perforatie aanleiding kan geven tot een abces. Ook complexe interne of perianale fistels vragen vaak een gecombineerde aanpak met medicatie en gespecialiseerde chirurgie.

Toch hoeft chirurgie niet altijd pas aan bod te komen na een langdurig en onsuccesvol medicamenteus traject. De LIR!C-studie[1] toonde aan dat een vroege, beperkte darmresectie bij geselecteerde patiënten met gelokaliseerde ziekte van Crohn een volwaardig alternatief kan zijn voor een behandeling met biologicals, met vergelijkbare resultaten voor de levenskwaliteit.

Dr. Verreth: "Soms is het verderzetten van medicatie, terwijl de darm ontstoken blijft, niet de beste oplossing. We proberen de chirurg daarom tijdig te betrekken en de

> "Heelkunde is geen laatste redmiddel meer, maar een strategisch onderdeel van de multidisciplinaire behandeling."
> - dr. Michael Nachtergaele



mogelijkheid van een operatie al vroeg met de patiënt te bespreken."

ZOVEEL MOGELIJK GEZONDE DARM BEHOUDEN

De moderne chirurgische aanpak is tijdig, gepersonaliseerd en waar mogelijk darmsparend. Een operatie geneest de ziekte van Crohn niet. Omdat ontstekingen later opnieuw kunnen optreden, proberen chirurgen tijdens een ingreep zo veel mogelijk gezonde darm te behouden. Zo verkleinen ze ook het risico op darmfalen. Bij een vernauwing kan daarom soms een stricturoplastiek worden uitgevoerd, waarbij de vernauwing wordt verbreed zonder een deel van de darm te verwijderen. Ook specifieke verbindingstechnieken tussen darmdelen kunnen het risico op een nieuwe vernauwing helpen verkleinen.

Ingrepen gebeuren bij voorkeur laparoscopisch. Dit zorgt doorgaans voor minder littekenweefsel en pijn, en een sneller postoperatief herstel. "Heelkunde is geen laatste redmiddel meer, maar een strategisch onderdeel van de multidisciplinaire behandeling", benadrukt dr. Nachtergaele. "De vraag is niet alleen óf we opereren, maar ook op welk moment en met welke techniek, telkens met de beste resultaten op lange termijn voor de patiënt voor ogen."

ÉÉN MULTIDISCIPLINAIR ZORGTRAJECT

Een operatie staat nooit op zichzelf. Naast de gastro-enterologen en abdominaal chirurgen worden patiënten ook ondersteund door verpleegkundigen met IBD-ervaring, onder meer bij de toediening van injectietherapie. Voor een geplande ingreep gaat bovendien extra aandacht naar de voedingstoestand van de patiënt, omdat een goede nutritionele voorbereiding het herstel ondersteunt en de kans op postoperatieve problemen kan verkleinen. Ook na de operatie blijft medische opvolging noodzakelijk. Een ingreep geneest de ziekte van Crohn niet definitief: ontstekingen kunnen later opnieuw optreden, ook in een ander deel van het spijsverteringsstelsel. Na de ingreep wordt daarom bekeken of medicatie nodig is om het risico op herval zo klein mogelijk te houden.

"Medicatie en chirurgie vormen geen concurrerende behandelingen, maar complementaire onderdelen van het zorgtraject. Door tijdig te overleggen, kan voor iedere patiënt de behandeling worden gekozen die op dat moment de grootste meerwaarde biedt", besluit dr. Nachtergaele.

— *1: Ponsioen, C. Y., et al.; LIR!C Study Group (2017). Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre trial. Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2(11), 785–792.*

HERNIA DIAFRAGMATICA

Tijdig chirurgisch ingrijpen loont



dr. Steven Reremoser
abdominale heelkunde

Een hernia diafragmatica of maagbreuk wordt vandaag anders benaderd dan twintig jaar geleden. Dankzij verbeterde operatietechnieken en duidelijke selectiecriteria zijn de resultaten op lange termijn aanzienlijk beter geworden. Daardoor kan chirurgie vandaag een belangrijke behandelingsoptie zijn voor geselecteerde patiënten met aanhoudende refluxklachten.

WANNEER CHIRURGIE OVERWEGEN?

Niet elke patiënt met een maagbreuk heeft een operatie nodig. De meeste patiënten worden succesvol behandeld met levensstijlaanpassingen en protonpompinhibitoren (PPI's). Toch worden sommige patiënten jarenlang behandeld met maagzuurremmers, terwijl een chirurgische correctie in bepaalde gevallen een duurzamere oplossing kan bieden.

Chirurgie komt vooral in beeld bij patiënten met therapieresistente reflux, waarbij klachten zoals zuurbranden, regurgitatie of nachtelijk hoesten blijven bestaan ondanks een optimale conservatieve behandeling. Ook slikproblemen, chronisch hoesten, heesheid of recidiverende luchtweginfecties kunnen wijzen op een klinisch relevante hernia diafragmatica.

Aanvullende onderzoeken, zoals endoscopie en een **impedantiemeting**, kunnen helpen vast te stellen of de klachten daadwerkelijk het gevolg zijn van reflux. Zo kan beter worden ingeschat of een operatie een meerwaarde biedt. Voor een impedantiemeting werkt ons ziekenhuis nauw samen met AZ Turnhout.

NIEUWE TECHNIEKEN, BETERE RESULTATEN

De chirurgische technieken zijn de afgelopen jaren sterk geëvolueerd. Ingrepen gebeuren reeds lang standaard via een kijkoperatie, wat resulteert in minder pijn, een sneller herstel en minder complicaties. Daarbovenop werden, na uitgebreide data-analyse en langdurige follow-up, de **technieken voor het herstellen van het middenrif** verder verfijnd. Daardoor zijn de resultaten op lange termijn verbeterd, en wordt chirurgie niet langer enkel voorbehouden aan zeer ernstige gevallen.

Hoewel een hernia diafragmatica anders wordt behandeld dan bijvoorbeeld een lies- of navelbreuk, zien we ook bij grotere maagbreuken goede resultaten wanneer patiënten zorgvuldig geselecteerd en begeleid worden. Daardoor wordt chirurgie vandaag soms vroeger overwogen dan vroeger het geval was.

TIJDIG VERWIJZEN VOORKOMT COMPLICATIES

Volgens de chirurgen van AZ Voorkempen worden patiënten nog te vaak pas doorgestuurd wanneer de breuk al aanzienlijk is of wanneer complicaties optreden. Over het algemeen geldt: hoe groter de breuk, hoe complexer en risicovoller de ingreep. Grote maagbreuken kunnen bijvoorbeeld aanleiding geven tot aspiratiepneumonie, maagtorsie of zelfs ischemie van de maag.

Een tijdige evaluatie kan helpen om dergelijke complicaties te voorkomen. Daarom luidt de boodschap: verwijs patiënten met persisterende refluxklachten ondanks een correcte behandeling tijdig door voor verdere evaluatie.

OBESITAS

Samen voor duurzaam gewichtsverlies



dr. Pieter Van Aelst
abdominale heelkunde

Bijna de helft van de Belgische bevolking heeft overgewicht en ook het aantal patiënten met ultra-obesitas, een BMI van 50 of meer, blijft toenemen. Daarom zet AZ Voorkempen in op een multidisciplinaire aanpak van obesitas door het KOALA-team. Abdominaal chirurg dr. Pieter Van Aelst beantwoordt enkele vragen.

OBESITAS WORDT NOG VAAK GEZIEN ALS EEN LEVENSSTIJLPROBLEEM. IS DAT TERECHT?

"Levensstijl speelt zonder twijfel een belangrijke rol in het ontstaan van morbide obesitas. Ongezonde voeding, te weinig beweging en andere levensstijlfactoren verhogen het risico. Toch ontwikkelt niet iedereen met een ongezonde levensstijl obesitas, en omgekeerd heeft niet elke patiënt met morbide obesitas een ongezonde levensstijl. Ook genetische, hormonale en metabole factoren spelen een belangrijke rol."

"Zodra morbide obesitas zich heeft ontwikkeld, volstaat enkel een levensstijlverandering vaak niet meer. Binnen het KOALA-traject bekijken we daarom samen met de patiënt welke combinatie van levensstijlbegeleiding, medicatie en eventueel bariatrische chirurgie de grootste meerwaarde kan bieden."

WAT HOUDT DAT TRAJECT IN?

"KOALA staat voor Kiezen voor Overgewicht Aanpakken en Levensstijl Activeren. Patiënten starten er met groepssessies waarin gezonde voeding, beweging en gedragsverandering centraal staan. We kiezen daarbij bewust voor duurzame aanpassingen die op lange termijn haalbaar blijven."

"Een belangrijke meerwaarde van het traject is dat patiënten er elkaar ontmoeten en ervaringen kunnen uitwisselen. Ze worden ook individueel begeleid door onder andere een psycholoog, diëtist en endocrinoloog. Het doel van het traject is heel helder: de gezondheid van de patiënt op een duurzame manier verbeteren."

WANNEER KOMT BARIATRISCHE CHIRURGIE IN BEELD?

"Patiënten die wettelijk voor bariatrische chirurgie in aanmerking komen gaan al vroeg in het traject in gesprek met een abdominaal chirurg. Dat betekent uiteraard niet dat ze automatisch geopereerd worden. We laten hen kennismaken met de verschillende mogelijkheden, zodat ze voldoende tijd hebben om een onderbouwde keuze te maken."

"Het is trouwens nooit een keuze tussen levensstijl óf chirurgie. Bariatrie zonder een aanpassing van levensstijl is niet haalbaar. Daarnaast neemt ook de rol van obesitasmedicatie toe. Welke behandeling het meest geschikt is, bekijkt het KOALA-team samen met de patiënt."

WELKE BARIATRISCHE INGREPEN BIEDEN JULLIE AAN?

"Standaard bieden we de sleeve gastrectomie en gastric bypass aan. Met een sleeve gastrectomie verliezen patiënten gemiddeld 25 tot 30% van hun oorspronkelijke gewicht[1]. Een gastric bypass levert doorgaans een iets groter gewichtsverlies op[2]. Welke ingreep het meest geschikt is, hangt af van verschillende medische factoren en de voorkeur van de patiënt."

RECENT WERD OOK DE SADI-S-PROCEDURE GEÏNTRODUCEERD. WAT HOUDT DIE INGREEP IN?

"SADI-S is een relatief nieuwe procedure die we voornamelijk inzetten bij patiënten met een zeer hoge BMI. De ingreep combineert een sleeve gastrectomie met een aanpassing van de dunne darm. Daardoor bereiken we een sterker effect op het gewichtsverlies dan met een klassieke sleeve of gastric bypass. Patiënten kunnen tot ongeveer 40% van hun gewicht verliezen[3]. Vooral voor patiënten met een BMI van 50 of hoger biedt dit interessante perspectieven, omdat een klassieke bypass bij die groep soms onvoldoende effect heeft of technisch moeilijker uit te voeren is."

"Bij de patiënten die we hebben behandeld met de nieuwe SADI-S-methode zien we goede resultaten. Bovendien merken we dat de groep patiënten met zeer hoge BMI's blijft groeien. Daardoor verwachten we dat we dergelijke gespecialiseerde ingrepen in de toekomst vaker zullen uitvoeren."

HOE VERLOOPT DE OPVOLGING NA BARIATRIE?

"Die stopt uiteraard niet na de operatie. Integendeel zelfs: patiënten worden de eerste drie jaar nauwgezet opgevolgd door de chirurg, diëtist en indien nodig psycholoog of andere disciplines."

"Ook de huisarts speelt een belangrijke rol. We vragen patiënten om jaarlijks een bloedcontrole en vitaminebepaling te laten uitvoeren via hun huisarts. Dat blijft levenslang noodzakelijk om eventuele tekorten tijdig op te sporen en te kunnen behandelen."

WELKE BOODSCHAP WIL JE HUISARTSEN MEEGEVEN?

"Durf het gesprek over gewicht met je patiënten aan te gaan. Niet zozeer vanuit het cijfer op de weegschaal, maar vanuit de gezondheidsrisico's die eraan verbonden zijn. Wacht ook niet te lang met verwijzen. Patiënten zijn vaak al jaren aan het diëten en hebben al heel wat teleurstellingen achter de rug. Net dan kan het nuttig zijn om hen tijdig kennis te laten maken met de expertise van een obesitascentrum."

"Hoe vroeger we patiënten begeleiden, hoe groter de gezondheidswinst op lange termijn. Bariatrische chirurgie is daarbij geen doel op zich, maar één van de hulpmiddelen die we kunnen inzetten binnen het bredere traject."

Wanneer verwijs je door?

- Bij nood aan multidisciplinaire begeleiding rond voeding, beweging en gedragsverandering.
- Bij onvoldoende gewichtsverlies ondanks eerdere dieetpogingen.
- Wanneer een patiënt vastloopt in zijn huidige aanpak.
- Bij vragen rond obesitasmedicatie of bariatrie.
- Bij obesitas in combinatie met diabetes, hypertensie of slaapapneu.

Wettelijke voorwaarden bariatrie: BMI ≥ 40, of BMI ≥ 35 met diabetes, slaapapneu of moeilijk controleerbare hypertensie. Daarnaast moet de patiënt meerderjarig zijn en eerdere pogingen tot gewichtsverlies hebben ondernomen.

Obesitas bij kinderen

Voor deze doelgroep heeft AZ Voorkempen de erkenning gekregen als Pediatrisch Multidisciplinair Obesitascentrum (PMOC). Het team onder leiding van dr. Koen Kaïret is bereikbaar via de raadpleging kindergeneeskunde.

— *1: Salminen, P., et al. (2022). Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss, Comorbidities, and Reflux at 10 Years in Adult Patients With Obesity: The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial. JAMA Surgery, 157(8), 656–666.*

2: Monteiro Delgado, L., et al. (2025). Long-Term Outcomes in Sleeve Gastrectomy versus Roux-en-Y Gastric Bypass: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. Obesity Surgery, 35(8), 3246–3257.

3: Sánchez-Pernaute, A., et al. (2022). Long-Term Results of Single-Anastomosis Duodeno-ileal Bypass with Sleeve Gastrectomy (SADI-S). Obesity Surgery, 32(3), 682-689.

ENDOSCOPIE VANDAAG EN MORGEN

Gespecialiseerde endoscopie en ERCP



dr. Eva Hufkens
gastro-enterologie

Geavanceerde endoscopische technieken bieden steeds meer mogelijkheden voor de diagnose en behandeling van gastro-intestinale aandoeningen. Gastro-enteroloog dr. Eva Hufkens geeft een overzicht van de indicaties en toepassingen van EMR, ESD, echo-endoscopie en ERCP binnen de dagelijkse praktijk van AZ Voorkempen.

ENDOLUMINELE POLIEPRESECTIE: EMR VERSUS ESD

Waar vroeger vaker een heelkundige ingreep nodig was om gevorderde poliepen volledig te reseceren, kiezen we vandaag steeds meer voor een endoscopische aanpak. Dit is minder invasief en laat patiënten doorgaans toe het ziekenhuis dezelfde dag of de dag nadien te verlaten.

Endoscopische mucosale resectie (EMR)

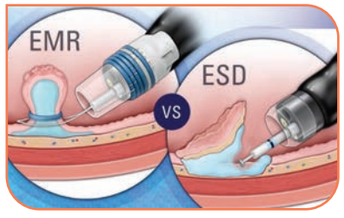
EMR is een relatief snelle techniek waarbij we de submucosale ruimte injecteren met een fysiologische oplossing. Hierdoor creëren we meer ruimte en kunnen we de resectie veiliger uitvoeren, met een zo klein mogelijk risico op complicaties zoals perforatie. Kleinere letsels kunnen 'en bloc' worden verwijderd, bij grotere poliepen gebeurt dit vaak in meerdere stukken ('piecemeal').

Endoscopische submucosale dissectie (ESD)

ESD wordt toegepast wanneer een 'en bloc'-resectie van grotere of meer gevorderde letsels gewenst is en EMR niet mogelijk is.

Bij ESD wordt de submucosale ruimte eveneens geïnjecteerd en wordt met een 'needle knife' in het submucosale vlak gedisseceerd tot het volledig verwijderd is. Hierdoor kunnen we curatieve resecties uitvoeren van meer gevorderde letsels, met name early carcinoma, en (invaliderende) heelkundige ingrepen zoals slokdarm- of rectumchirurgie vermijden.

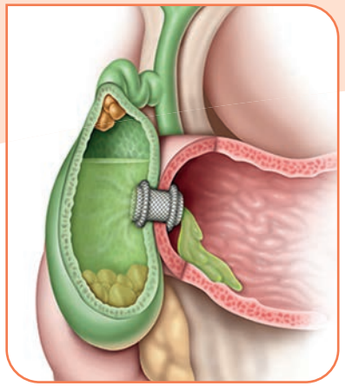
Beperkingen van ESD zijn de arbeidsintensieve aard van de procedure en het feit dat deze techniek zich in het colon hoofdzakelijk beperkt tot linkszijdige lokalisaties.



EMR vs. ESD[1]

ECHO-ENDOSCOPIE: VAN DIAGNOSTIEK NAAR THERAPIE

Met een echo-endoscoop kunnen we vanuit het lumen de nabijgelegen organen echografisch beoordelen. Hierdoor biedt deze techniek een meerwaarde voor tal van diagnostische vraagstellingen en wordt ze steeds vaker ook therapeutisch ingezet.



EUS-LAMS[2]

Op onze dienst gebruiken we echo-endoscopie momenteel voornamelijk bij diagnostische indicaties. Bij obstructieve icterus laat de techniek toe choledocholithiasis of een onderliggend maligne proces, zoals een pancreaskop- of galwegcarcinoom, op te sporen of uit te sluiten. Bovendien kan via een weinig invasieve fine needle biopsie doorheen de slokdarm-, maag- of duodenumwand histologisch materiaal worden verkregen.

Ook bij (submucosale) letsels van slokdarm of maag en bij onduidelijke pancreascysten biedt echo-endoscopie, al dan niet gecombineerd met punctie, vaak aanvullende diagnostische informatie. Complicaties zijn zeldzaam en bestaan voornamelijk uit bloeding, pancreatitis (bij punctie van pancreasletsels) en uitzonderlijk perforatie.

Therapeutische toepassingen

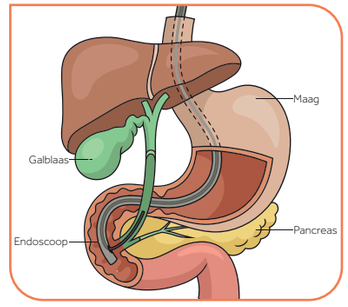
Sinds de komst van de lumen apposing metal stent (LAMS) evolueert echo-endoscopie steeds meer naar een therapeutische techniek. Voorbeelden van toepassingen zijn onder meer drainage van collecties na gecompliceerde pancreatitis, galblaasdrainage bij acute cholecystitis bij niet-operabele patiënten, aanleg van een gastro-enterostomie bij (maligne) gastric outlet obstructie en een gastro-gastrostomie na gastric bypass wanneer toegang tot de uitgesloten maag nodig is, bijvoorbeeld voor ERCP of bij een bloeding.

ENDOSCOPISCHE RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATICOGRAFIE (ERCP)

Wanneer drainage bij biliaire obstructie door lithiasen, benigne of maligne stenosen nodig is, grijpen we veelal naar ERCP. Indien nodig wordt de ERCP voorafgegaan door een echo-endoscopisch onderzoek om de oorzaak te identificeren.

Tijdens ERCP kunnen aanwezige choledochusstenen verwijderd worden of biliaire stents (metaal of kunststof) geplaatst worden bij aanwezigheid van een biliaire strictuur (cholangiocarcinoom, post-inflammatoir) of bij extrinsieke compressie, bijvoorbeeld door een pancreaskopcarcinoom. De belangrijkste complicaties zijn post-ERCP-pancreatitis, postsfincterotomie-bloeding en perforatie.

Indien de oorzaak van een biliaire stenose onduidelijk blijft, kan cholangioscopie aangewezen zijn. Hierbij wordt de galweg rechtstreeks gevisualiseerd met een cholangioscoop en kunnen gerichte biopsieën worden afgenomen, bijvoorbeeld bij vermoeden van cholangiocarcinoom.



ERCP

AANBOD IN AZ VOORKEMPEN

In AZ Voorkempen bieden we EMR, diagnostische echo-endoscopie en ERCP aan. Voor ESD, therapeutische echo-endoscopie met LAMS en cholangioscopie werken we nauw samen met onder meer AZ Klina, UZA en UZ Leuven.

— *1: www.bostonscientific.com/en-US/medical-specialties/gastroenterology/axios-stent.html*
2: www.bostonscientific.com/en-US/medical-specialties/gastroenterology/axios-stent.html

ORTHOPEDIE

Al 1.000 patiënten met knieprothese op maat



dr. Bart Stuyts
orthopedisch kniechirurg

In juni 2026 bereikte dr. Bart Stuyts, orthopedisch kniechirurg in AZ Voorkempen en ZAS Augustinus, een bijzondere mijlpaal: hij opereerde al 1.000 patiënten met een knieprothese op maat van het type Origin van de firma Symbios. Daarmee behoort hij wereldwijd tot de eerste chirurgen die dit aantal met dit type prothese bereiken. Wat in 2021 startte als een innovatieve techniek binnen het ziekenhuis, groeide uit tot een doorgedreven expertise met aantoonbare voordelen voor de patiënt.

VAN INNOVATIE NAAR ONDERBOUWDE TECHNIEK

Toen dr. Stuyts begin 2021 bij de eersten met de knieprothese op maat startte, was het concept veelbelovend, maar waren langetermijnresultaten maar beperkt beschikbaar. Intussen bevestigen studies duidelijke positieve resultaten.

Dr. Stuyts: “Bij een standaard totale knieprothese is ongeveer 80% van de patiënten tevreden, terwijl 20% restklachten ervaart. In recente publicaties over de knieprothese op maat zien we tevredenheidscijfers tot 94% [1]. We kunnen dus concluderen dat er een wetenschappelijke onderbouwing is voor het breed toepassen van deze innovatieve techniek.”

Binnen de dienst orthopedie van AZ Voorkempen en ZAS Augustinus lopen momenteel twee opvolgstudies. In één van de onderzoeken waarbij patiënten met een totale knieprothese op maat twee jaar worden gevolgd, blijkt tot nu toe dat vrijwel alle patiënten tevreden tot zeer tevreden zijn over het bereikte resultaat.

PROTHESE AANGEPAST AAN DE KNIE, NIET ANDERSOM

Bij een klassieke knieprothese wordt het been doorgaans volledig rechtgezet. Niet elke knie is echter van nature perfect recht. Daardoor kunnen ligamenten onnatuurlijk onder spanning komen te staan, wat het gevoel van een ‘kunstknie’ kan versterken. De gepersonaliseerde aanpak vertrekt vanuit de unieke anatomie van elke patiënt. Na de diagnose wordt een bijkomende CT-scan uitgevoerd. Op basis van een 3D-analyse wordt in Zwitserland een individuele prothese geproduceerd, volledig afgestemd op de oorspronkelijke vorm en stand van de knie van die patiënt.

“Wij passen de prothese aan de knie aan, niet andersom”, legt dr. Stuyts uit. “Daardoor voelt de knie natuurlijker aan. Voor veel patiënten is het doel een zogenaamde ‘vergeten knie’: een knie waarbij ze in het dagelijks leven niet voortdurend bewust zijn van de prothese.”

In theorie komt ongeveer 95% van de patiënten in aanmerking voor deze techniek. De gemiddelde hospitalisatieduur bedraagt drie dagen, vergelijkbaar met een klassieke knieprothese.

ZORG OP MAAT VRAAGT VOORBEREIDING

Tussen de beslissing tot operatie en de ingreep zelf zit gemiddeld acht weken. Na de CT-scan worden de data naar het bedrijf in Zwitserland gestuurd dat de prothese maakt. Zij analyseren de beelden en stellen een preoperatief plan op dat aan dr. Stuyts wordt bezorgd. Wanneer hij het plan goedkeurt, wordt de prothese in productie genomen. Ongeveer zes à zeven weken later wordt de prothese geleverd in het ziekenhuis.

“Voor patiënten met zeer acute pijn kiezen we soms nog voor een klassieke prothese die sneller geplaatst kan worden”, zegt dr. Stuyts. “Maar voor mensen die nog veel verwachten van hun knie, bijvoorbeeld om beter actief te blijven, biedt deze techniek op maat een duidelijke meerwaarde.”

Doordat de prothese op maat wordt gemaakt, is er ook maar één exemplaar ter beschikking. Toch moest dr. Stuyts tijdens een operatie nog nooit overschakelen naar een ander implantaat. “We hebben nog geen enkele keer het noodscenario moeten gebruiken. Dat toont aan hoe betrouwbaar deze techniek is.” De 1.000 ingrepen werden door dr. Stuyts uitgevoerd in AZ Voorkempen en in ZAS Augustinus.



vlnr: dr. Reyn Vanwelssenaers, dr. Bart Stuys, Kevin Denolf en Rien Renders

EFFICIËNTIE IN HET OK

Ook in het operatiekwartier biedt de techniek voordelen. Kevin Denolf, referentieverpleegkundige orthopedie op het OK: “Bij een klassieke knieprothese staan er zes tot acht instrumententensets klaar in de operatiezaal. Dat vraagt veel voorbereiding. Bij deze gepersonaliseerde techniek komt alles in één doos binnen, specifiek voor die patiënt. We moeten tijdens de operatie niet zoeken naar de juiste maat van prothese of naar specifiek materiaal. Het is veel efficiënter en verkort aantoonbaar de operatietijd.”

EXPERTISE MET BLIK OP DE TOEKOMST

Dr. Stuyts wordt intussen gevraagd om zijn expertise internationaal te delen. Dat blijkt onder meer uit een operatie die live werd uitgezonden voor buitenlandse collega’s. Ook komen er externe kniechirurgen regelmatig een ingreep mee volgen.

“Dit toont aan dat deze techniek een plaats aan het innemen is in de knieprothesechirurgie. Zo kunnen we onze patiënten een zo natuurlijk mogelijk resultaat bieden, ondersteund door wetenschap en ervaring.”

— *1: Gousopoulos, L., et al. (2023), Custom total knee arthroplasty combined with personalised alignment grants 94% patient satisfaction at minimum follow-up of 2 years. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 31: 1276-1283.*

Wonderzocht

In de rubriek Wonderzocht zetten we een studie in de kijker waar arts-specialisten en/of medewerkers van AZ Voorkempen aan meewerk(t)en.

Clarifying Nurse-Physician Dual Leadership in Acute Hospital Settings: A Walker and Avant Concept Analysis

Medisch-verpleegkundig duaal leiderschap: samen sterker in een complex zorglandschap

REFERENTIE VAN DE STUDIE

Vercalsteren, I., Haegdorens, F., & Franck, E. (2026). Clarifying Nurse-Physician Dual Leadership in Acute Hospital Settings: A Walker and Avant Concept Analysis. Journal of nursing management, 2026(1), e9929355. https://doi.org/10.1155/jonm/9929355



Ines Vercalsteren
zorgmanager

WAT

In de studie werd onderzocht hoe artsen en verpleegkundigen samen op een gelijkwaardige manier leiding kunnen geven in een acute ziekenhuissetting. Ines: “De conceptanalyse, gepubliceerd in juli 2026, vormt de eerste stap in mijn breder doctoraatstraject dat uiteindelijk moet leiden tot een wetenschappelijk onderbouwd implementatiekader voor ziekenhuizen.”

WAAROM

“Omdat ziekenhuizen steeds complexer worden, kan één leider onmogelijk alle gevolgen van beslissingen overzien. Artsen en verpleegkundigen beschikken elk over een eigen expertise en kijk op de zorgorganisatie. Door die complementaire kennis en ervaring samen te brengen, ontstaat synergie. Daardoor kunnen beslissingen vanuit meerdere invalshoeken worden bekeken en beter worden afgestemd op de uitdagingen waarmee ziekenhuizen vandaag worden geconfronteerd.”

HOE

De onderzoeksgroep analyseerde via een systematische literatuurstudie de bestaande kennis over medisch-verpleegkundig duaal leiderschap. “Op basis daarvan ontwikkelden we een definitie voor het concept, samen met de noodzakelijke randvoorwaarden. Vier kernkenmerken kwamen daarbij naar voren: een formele duale leiderschapsstructuur, gezamenlijke verantwoordelijkheid, gezamenlijke besluitvorming en complementariteit tussen beide leiders.”

Tijdens het aanvullend kwalitatief onderzoek, dat momenteel loopt, worden beleidsmakers en duale leiders geïnterviewd over hun ervaringen, succesfactoren en mogelijke valkuilen.

RESULTATEN

De conceptanalyse beschrijft wat medisch-verpleegkundig duaal leiderschap is en hoe het kan leiden tot sterkere interprofessionele samenwerking, beter onderbouwde beslissingen en een efficiëntere inzet van middelen.

Binnen AZ Voorkempen wordt op de dienst spoedgevallen volgens dit principe gewerkt. “Daar nemen het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige gezamenlijk beslissingen en stemmen ze beleidskeuzes op elkaar af. Vraagstukken worden daardoor vanuit verschillende invalshoeken bekeken, met oog voor hun impact op de organisatie.”

CONCLUSIE

“Door de complementariteit tussen artsen en verpleegkundigen bewust te benutten, kan duaal leiderschap een antwoord bieden op de toenemende complexiteit van de gezondheidszorg. Het model werkt echter alleen wanneer beide leiders vanuit gelijkwaardigheid samenwerken, gezamenlijk verantwoordelijkheid opnemen en als één leiderschapsteam naar buiten treden.”

IN DE TOEKOMST

Momenteel loopt kwalitatief onderzoek naar succesfactoren, barrières en werkingsmechanismen van duaal leiderschap in Vlaamse ziekenhuizen. Op termijn wil de onderzoeksgroep ook de impact op ziekenhuisuitkomsten onderzoeken en een praktisch implementatiekader ontwikkelen waarmee ziekenhuizen duaal leiderschap op een gestructureerde en duurzame manier kunnen invoeren.

CONTACT

Interesse in of op zoek naar meer info over deze studie? Neem dan contact op met Ines Vercalsteren, zorgmanager in AZ Voorkempen en doctoraatsonderzoeker bij UAntwerpen, via ines.vercalsteren@emmaus.be.

**AZ Voorkempen groeit.
De afgelopen maanden mochten we weer enkele nieuwe arts-specialisten verwelkomen, en ook HAIO's en ASO's vinden makkelijk hun weg naar ons ziekenhuis.
Leer hen hier beter kennen.**



dr. Arne Coussement
pneumologie

Dr. Coussement behaalde zijn diploma geneeskunde in 2019 aan de KU Leuven. Tussen 2019 en 2025 vervolledigde hij zijn opleiding tot pneumoloog met assistentschappen in ziekenhuizen in Lier, Leuven, Bonheiden, Antwerpen en Sint-Niklaas. Vanuit zijn bijzondere interesse in de thoracale oncologie doorliep hij een extra stagejaar in VITAZ Sint-Niklaas. Naast zijn halftijdse tewerkstelling als pneumoloog volgt dr. Coussement nog een bijkomende opleiding in het UZA om zich verder te specialiseren in dit domein en de erkenning als pneumo-oncoloog te behalen.

"Als algemeen pneumoloog met bijzondere interesse in de thoracale oncologie vind ik hoogwaardige medische zorg met aandacht voor menselijkheid en waardigheid erg belangrijk. Ik tracht dan ook bij elke patiënt nabije zorg te bieden met oog voor duidelijke communicatie. Deze visie sluit nauw aan bij de waarden van AZ Voorkempen. Ik kijk ernaar uit om mijn carrière verder uit te bouwen in dit ziekenhuis, waar kwalitatieve en warme zorg hoog in het vaandel wordt gedragen", aldus dr. Coussement.



dr. Annelies Feyaerts
oncologie

Haar diploma geneeskunde behaalde dr. Feyaerts in 2020 aan de KU Leuven, waarna ze zich verder specialiseerde in de medische oncologie. Hiervoor deed ze assistentschappen in UZ Leuven, ZAS Augustinus en AZ Klina. Dr. Feyaerts zal naast haar activiteit in AZ Voorkempen ook werkzaam zijn in AZ Klina.

Dr. Feyaerts: "Wat mij in AZ Voorkempen aanspreekt, is de combinatie van de persoonlijke aanpak van een kleiner ziekenhuis met kwalitatieve oncologische zorg. Ik vind het belangrijk om patiënten helder te informeren en hen nauw te betrekken bij hun behandeling. Daarbij wil ik wetenschappelijk onderbouwde zorg en nieuwe ontwikkelingen binnen de oncologie vertalen naar de individuele patiënt. Daarnaast geloof ik sterk in een nauwe samenwerking tussen de verschillende zorgverleners, zodat patiënten kunnen rekenen op de best mogelijke begeleiding. Ik kijk er dan ook met veel enthousiasme naar uit om het oncologisch team van AZ Voorkempen te versterken."



dr. Xavanna Lauwers
spoedgevallen

Dr. Lauwers rondde op 1 oktober 2026 haar opleiding tot huisarts af aan de UAntwerpen. Ze liep stage in verschillende huisartsenpraktijken in de regio en deed ziekenhuiservaring op binnen de dienst spoedgevallen van ons ziekenhuis. Die positieve ervaring bracht haar terug naar AZ Voorkempen, waar ze de urgentieartsen zal ondersteunen bij de opvang van patiënten met acute eerstelijnspathologie.

"In oktober start ik deeltijds als huisarts in Hoboken, in een praktijk waar ik stage heb gelopen", vertelt dr. Lauwers. "Daarnaast heb ik een sterke interesse in acute zorg. Tijdens mijn ziekenhuisstage op de dienst spoedgevallen van AZ Voorkempen deed ik niet alleen veel medische kennis op, maar ontdekte ik ook hoe fijn het is om deel uit te maken van een hecht team. Ik kreeg de ruimte om open te bloeien en ervaarde hoeveel voldoening het geeft om patiënten te helpen in een acute setting. Toen er een vacature voor spoedarts vrijkwam, was de keuze snel gemaakt."



dr. Isabelle Lenders
anesthesie-intensieve zorgen

Haar diploma geneeskunde behaalde dr. Lenders aan de KU Leuven, waar ze aansluitend haar specialisatie in de anesthesie en reanimatie voltooide. Na haar erkenning als anesthesioloog verdiepte dr. Lenders zich verder in locoregionale anesthesietechnieken en behaalde ze een bijkomende erkenning in de intensieve zorgen. Nadien werd ze staflid anesthesie en intensieve zorgen in ZAS.

"Wat mij aanspreekt in de anesthesie is de persoonlijke begeleiding van patiënten gedurende hun operatietraject. Ik vind het belangrijk dat zij zich op elk moment veilig, gehoord en gerustgesteld voelen, van het eerste gesprek tot bij het comfortabel ontwaken op recovery", aldus dr. Lenders. Ze zal ook op intensieve zorgen aan de slag gaan: "De complexiteit van kritieke ziektebeelden en de uitdaging om tot een doordacht antibioticabeleid te komen, boeien me. Heldere communicatie en begeleiding van de patiënt en zijn naasten zijn voor mij essentieel, ook tijdens moeilijke momenten. Deze visie vind ik terug in AZ Voorkempen, waardoor de keuze voor dit ziekenhuis vanzelfsprekend aanvoelde."



dr. Evy Suetens
cardiologie

Dr. Suetens studeerde geneeskunde aan de KU Leuven. Na assistentschappen in UZA, ZAS Middelheim, Ziekenhuis Geel en ZOL Genk behaalde ze in juli 2026 haar erkenning als algemeen cardioloog. Dr. Suetens heeft een bijzondere interesse in hartfalen en cardiale beeldvorming, domeinen waarin ze zich de komende maanden verder zal specialiseren.

Dr. Suetens: "AZ Voorkempen sprak me meteen aan door de combinatie van gespecialiseerde cardiologische zorg en een mensgerichte aanpak. Tijdens mijn opleiding en werk als assistent ontdekte ik hoe belangrijk het is om patiënten niet alleen deskundig te begeleiden, maar hen ook het vertrouwen te geven dat ze in goede handen zijn. Samenwerken, open communiceren en blijven bijleren zijn voor mij belangrijke aspecten van goede zorg. Ik kijk er dan ook naar uit om deel uit te maken van het cardiologieteam van AZ Voorkempen."

NIEUWE ARTS-SPECIALISTEN IN OPLEIDING, HUISARTSEN IN OPLEIDING EN VRIJ ASSISTENTEN



dr. Zeno Adriaenssens
ASO urologie
1 oktober 2026 - 30 september 2027



dr. Lotte De Wever
HAIO neurologie, nefrologie & psychiatrie
1 oktober 2026 - 31 maart 2027



dr. Hanne Blondé
HAIO op de dienst spoedgevallen
1 oktober 2026 - 31 maart 2027



dr. Jill Dumez
ASO orthopedie
1 oktober 2026 - 30 september 2027



dr. Jens Borremans
ASO urologie
1 oktober 2026 - 30 september 2027



dr. Lies Hoedemakers
ASO kindergeneeskunde
1 oktober 2026 - 30 september 2027



dr. Siebe Clarebout
ASO orthopedie
1 oktober 2026 - 30 september 2027



dr. Astrid Vansteenkiste
vrij assistent orthopedie
17 augustus 2026 - 30 september 2027



dr. Marnix De Grim
HAIO neurologie, nefrologie & psychiatrie
1 oktober 2026 - 31 maart 2027



dr. Esther Verbaeten
ASO urgentiegeneeskunde
1 oktober 2026 - 31 maart 2027

ARTSEN UIT DIENST



dr. Milou van Orsouw
neus-, keel- en oorziekten
- Uit dienst sinds 1 september 2026, nu werkzaam in ZOL Genk.
- Dit vertrek wordt binnen de bestaande bezetting opgevangen.



Aanstelling nieuwe algemeen directeur

Op 26 oktober verwelkomde AZ Voorkempen **dr. Rik Verroken** als nieuwe algemeen directeur. Met zijn achtergrond als gastro-intestinaal en oncologisch chirurg, diensthoofd abdominale heelkunde en medisch directeur brengt hij een ruime ervaring mee in zowel zorgverlening als ziekenhuismanagement.

Onder zijn leiding wil AZ Voorkempen verder bouwen aan kwaliteitsvolle, toegankelijke en toekomstgerichte zorg voor de regio. Daarbij staan samenwerking en verbinding centraal: binnen het ziekenhuis, maar ook met huisartsen, andere zorgpartners en de ziekenhuizen in het regionale netwerk. In nauwe dialoog met artsen, medewerkers en externe partners zal hij mee richting geven aan de verdere uitbouw en strategische positionering van het ziekenhuis.

Met zijn verbindende leiderschapsstijl wil dr. Rik Verroken bovendien inzetten op sterke zorgtrajecten over de verschillende zorgniveaus heen. Een goede samenwerking tussen ziekenhuis, eerste lijn en andere zorgpartners is daarbij essentieel om patiënten de best mogelijke zorg te bieden. AZ Voorkempen kijkt dan ook uit naar een constructieve samenwerking in het belang van de patiënt.

Uitbreiding intensieve zorgen en beroertezorg

AZ Voorkempen heeft de capaciteit van de afdeling intensieve zorgen uitgebreid van zes naar acht bedden. Hierdoor kan het ziekenhuis meer patiënten met complexe en acute zorgnoden opvangen en wordt een vlotte doorstroming vanuit de dienst spoedgevallen verder gegarandeerd. Samen met de gespecialiseerde dienst spoedgevallen met PIT- en MUG-functie betekent dit een belangrijke versterking van de acute zorgverlening in de regio Voorkempen.

In het kader van deze reorganisatie werden de medium-care bedden afgebouwd. Daarnaast worden op de afdeling neurologie-nierziekten vier bedden specifiek voorbehouden voor beroertezorg. Ook de telemetriecapaciteit op hart- en longziekten werd uitgebreid. Hiermee zet AZ Voorkempen verdere stappen in de uitbouw van gespecialiseerde beroerte- en kritieke zorg.

Verpleegkundig specialist op spoed

AZ Voorkempen organiseerde onlangs een innovatieavond rond de rol van de verpleegkundig specialist op spoedgevallen. Zorgverleners uit verschillende ziekenhuizen en de eerste lijn wisselden ervaringen uit over onderzoek, praktijk en toekomstperspectieven. De brede belangstelling onderstreepte het innovatieve karakter van dit pionierstraject, waarbij de verpleegkundig specialist bijdraagt aan kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en teamwerking.

Meer weten? Contacteer onze verpleegkundig specialisten via tom.thoelen@emmaus.be of elien.anthonissen@emmaus.be.

NOVEMBER 2026

Artsenplatform Voorkempen

Om de samenwerking tussen huisartsen en specialisten verder te versterken, organiseren we opnieuw het Artsenplatform. Dit overlegmoment brengt huisartsen, specialisten en vertegenwoordigers van de huisartsenkringen samen om knelpunten in de dagelijkse praktijk te bespreken en gezamenlijke oplossingen uit te werken. Daarnaast wordt gewerkt aan de vernieuwing van de samenwerkingsovereenkomst tussen huisartsen en het ziekenhuis.

Deelnemen aan het overleg? Huisartsen kunnen zich aanmelden via hun kringcoördinator. Interne specialisten kunnen hun deelname doorgeven aan de hoofdarts.



18 FEBRUARI 2027 - SAVE THE DATE

Officiële inhuldiging nieuwe ziekenhuisvleugel

Na de verhuis van de kinderafdeling in januari 2027 is onze nieuwe ziekenhuisvleugel volledig in gebruik. Daarom krijgt onze jaarlijkse eindejaarsreceptie voor (huis)artsen dit jaar een bijzondere invulling in februari. Samen met huisartsen, zorgpartners en andere betrokkenen uit de regio vieren we deze belangrijke mijlpaal en blikken we terug op de realisatie van een langverwacht toekomstproject. Tijdens deze avond krijg je de kans om het nieuwe gebouw te ontdekken tijdens een rondleiding, gevolgd door een hapje en een drankje.

Reserveer alvast **donderdag 18 februari 2027 van 19 tot 22 uur** in je agenda. Praktische informatie en uitnodiging volgen later.

24 APRIL 2027 - SAVE THE DATE

Huisartsensymposium

Noteer alvast zaterdagvoormiddag 24 april 2027 in je agenda. Dan organiseren we opnieuw ons huisartsensymposium, waar je tijdens **praktische workshops** heel wat kennis kan opdoen. Meer info volgt in februari 2027.

Heb je suggesties voor inhoud van de workshop of andere ideeën? Bezorg ze ons via communicatie.azvk@emmaus.be.



COLOFON
MIAH is een uitgave van AZ Voorkempen, Oude Liersebaan 4 - 2390 Malle · **editie** oktober 2026 · **Inhoudsverantwoordelijke**: communicatiedienst AZ Voorkempen, communicatie.azvk@emmaus.be · **VU**: dr. Pieter Jan Simons, hoofdarts-medisch directeur, Oude Liersebaan 4 - 2390 Malle