

MCL

Magazine
over mensen,
zorg, keuzes,
meedoen en
geluk.

zomer
2021

'Werken als een geoliede machine'

Het nut van Crisis Resource Management op de spoedeisende hulp

Praktijkvinger aan de pols

Verpleegkundige Advies Raad (VAR) praat mee over het verpleegkundig beleid

Praten over sex zonder taboes

MCL start met project Roze Olifant

De juiste zorg op de juiste plaats

MCL als motor
van vernieuwing



Trots!

Trots! Dat is het eerste gevoel wat bij me opkomt wanneer ik dit eerste exemplaar van het MCL Magazine doorblader. Trots op al die mooie ontwikkelingen binnen het MCL en vooral trots op al die zorgmensen en ondersteuners die dit mogelijk maken. Samen maken we het MCL. Dit magazine laat in de volle breedte zien waar we allemaal mee bezig zijn. Dat zijn natuurlijk technische hoogstandjes om de geheimen van het vrouwenhart te ontrafelen of de mooie samenwerking met gynaecologen in het UMCG om de zorg voor vrouwen met gynaecologische kanker nog beter te maken. Andere verhalen gaan over psychiatrie, onderzoek naar dementie of de emotionele ondersteuning die we onze eigen medewerkers bieden. Ondersteuning die in tijden van corona ook echt een grote steun is geweest voor veel collega's die onder zware omstandigheden hebben moeten werken. Niet alleen de beste zorg, maar ook aandacht voor zijn medewerkers is waar een goed ziekenhuis zich in onderscheidt. In dit magazine worden taboes geslecht met de cursus 'Roze Olifant'. Hiermee leren medewerkers het gesprek aan te gaan over seks en intimiteit met patiënten die kanker hebben (gehad). Soms is de vraag "hoe gaat het met jullie samen" al genoeg om het gesprek te openen en relatieleed bespreekbaar te maken. Ook dat hoort bij goede zorg. Het zijn diverse verhalen die staan voor het diverse karakter van het MCL zelf, een topklinisch ziekenhuis in zorg, maar ook in opleiden, onderzoek en innovatie. Iedere dag werken we er met z'n allen aan om de zorg nog beter te maken. Thuis waar dat kan, in het ziekenhuis waar dat nodig is. Zie daarvoor de mogelijkheden die thuismonitoring biedt. Het bijzondere aan al deze verhalen is dat deze zijn aangedragen door MCL'ers zelf. Verhalen waar zij zelf trots op zijn en die zij graag willen vertellen. Daarom heet het blad 'MCL', omdat MCL voor ons alles zegt. Daar hoeven we op de cover geen extra woorden aan te besteden.

Veel leesplezier!

*Patrick Vink, voorzitter Raad van Bestuur MCL,
namens het Bestuursberaad*

**SOMS IS DE VRAAG
"HOE GAAT HET MET
JULLIE SAMEN" AL
GENOEG OM HET
GESPREK TE OPENEN**

COLOFON

VORMGEVING

Erik Bosgra
De Bey communicatie & vormgeving

FOTOGRAFIE

Menno de Boer
Tristan Fopma

ILLUSTRATIES

Romy Stapert

HOOFDREDACTEUR

Gerard Akkerman

REDACTIE

Jette de Vos
Leanne Wink-Miedema

SCHRIJVERS

Gerard Akkerman
Erik Kofman
Hetty Kootstra
Frits Mostert
Marte van Santen
Rogier Verhagen
Patrick Vink
Jette de Vos
Leanne Wink-Miedema

FILM

Jeroen Adema
De Bey communicatie & vormgeving

Drukker

Dekker drukwerken

Heeft u vragen en/of suggesties?
Mail dan naar webredactie@mcl.nl



28

Zoeken naar optimale diagnostiek bij dementie



Post-COVID poli: pionieren in zorg

12



Praten over sex zonder taboes

20

38

Lang wachten bij een opname?
Dat hoeft tegenwoordig niet meer



60

"Werken als een geoliede machine"



En verder

- 6 Praktijkvinger aan de pols
- 12 Post-COVID poli: pionieren in zorg
- 16 MCL als motor van vernieuwing
- 20 Praten over sex zonder taboes
- 24 Samenwerken voor de best mogelijke zorg
- 28 Zoeken naar optimale diagnostiek bij dementie
- 32 Gebouw en techniek: De eredisie van de techniek!
- 36 Patiënt niet langer 'klem' in nieuwe MRI
- 38 Lang wachten bij een opname?
Dat hoeft tegenwoordig niet meer
- 42 "Kwetsbaarheid is krachtig"
- 46 Cijfers in beeld
- 48 Nazorg moet starten op de IC
- 52 Van gipsen tot reanimeren
- 56 "Experts in pijn"
- 60 "Werken als een geoliede machine"
- 64 Thuismonitoring geeft hartpatiënten een veilig gevoel
- 66 Geheimen van het vrouwenhart ontrafeld
- 70 Uniek
- 74 De stem van de patiënt
- 77 Column Hetty
- 78 MPU: Tijd voor de psyche van de patiënt
- 82 Vlieguren maken en ervaring opdoen bij verschillende afdelingen?
- 84 De juiste zorg op de juiste plek bij de Stadspoli Leeuwarden
- 90 MCL onderzoekt de kansen van data

Praktijkvinger aan de pols

Namens de ongeveer duizend verpleegkundigen van het MCL praat de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) mee over het verpleegkundig beleid. Bijvoorbeeld over de organisatie van het werk, het elektronisch patiëntendossier en scholing en ontwikkeling van medewerkers. Zo houden ze vanuit de praktijk de vinger aan de pols. Goed voor het ziekenhuis én voor patiënten.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer



Dit doet de Verpleegkundige Advies Raad

Denkt en praat mee op alle niveaus van de organisatie waar besluiten worden genomen.

Vertaalt praktijkervaringen naar beleid en vice versa.

Geeft gevraagd en ongevraagd advies.

Stimuleert de verdere ontwikkeling van het verpleegkundige vak.

Inspireert verpleegkundigen om verder te bouwen aan de best mogelijke, veilige en innovatieve zorg.



"WE WILLEN OPLEIDING EN BEROEPS-PRAKTIJK NOG DICHTER BIJ ELKAAR BRENGEN"

Marriët

Voorzitter Arno Huisman

(teammanager zorgproces):

"Sinds 2020 maakt de VAR deel uit van het Bestuursberaad van het MCL. Dat is het hoogste adviesorgaan van ons ziekenhuis. Hierin zitten twee leden van de Raad van Bestuur, twee medisch specialisten als co-bestuurders, een bestuurssecretaris en nu dus ook ik als voorzitter van de VAR. Het Bestuursberaad adviseert de Raad van Bestuur over beleidszaken binnen het MCL. Er zijn nog maar weinig ziekenhuizen in Nederland waar verpleegkundigen op dit hoogste niveau als volwaardige gesprekspartner aan tafel zitten. Het laat zien dat we als beroepsgroep steeds serieuzer worden genomen. We zijn heel trots dat we dit hebben bereikt."

Vicevoorzitter Afkemarij ten Hoeve

(avond-, nacht- en weekendhoofd):

"Het belangrijkste van de VAR vind ik dat we op beleidsniveau met elkaar praten, in plaats van dat beleidsmakers over ons als verpleegkundigen spreken. Neem ons elektronisch patiëntendossier, EPIC. In de gebruikersgroep die zich daarmee bezighoudt, zaten wat ons betreft te weinig verpleegkundigen. Daarover hebben we als VAR aan de bel getrokken. Verpleegkundigen moeten immers ook dagelijks met het systeem werken. Nu praten er meer collega's mee en kunnen we het vanuit de praktijk meteen aangeven als iets niet goed loopt."

Lid Rianne Gerkes

(verpleegkundige Oncologisch Centrum)

"Een praktisch voorbeeld van wat we als VAR hebben bereikt, gaat over het registreren van pijnscores bij patiënten. Voorheen waren we verplicht dat als verpleegkundigen drie keer per dag te doen. Oók als mensen bijvoorbeeld helemaal geen pijn hebben. In zo'n geval is dat natuurlijk zonde van de tijd. We hebben dit aangekaart en nu registreren we de pijn nog één keer per dag, of zoveel vaker als we zelf nodig achten. Finer voor ons en voor de patiënt."

Lid Marriët Twijnstra

(verpleegkundige Interne Geneeskunde, MDL en nefrologie)

"Het beroep van verpleegkundige is volop in ontwikkeling. Zo wordt er - landelijk - aan gewerkt om het vak diverser en aantrekkelijker te maken. Daartoe kijken we bij het vervullen van functies niet alleen naar welke diploma's iemand heeft, maar ook naar vaardigheden, ervaring, talenten, ambities en motivatie. Functiedifferentiatie, heet dat met een deftig woord. Op die manier willen we opleiding en beroepspraktijk nog dichter bij elkaar brengen, en medewerkers meer perspectief bieden. Uiteraard is de VAR nauw betrokken bij hoe we dit binnen het MCL vormgeven."

Lid Tea-Rixt Wijnia

(verpleegkundige Hart- en vaatcentrum)

"We maken als VAR echt een verschil in de dagelijkse praktijk van het werk van verpleegkundigen. We werken er hard aan om dat beter zichtbaar te maken voor onze collega's. Natuurlijk zijn die wel eens sceptisch; in het verleden zijn we als verpleegkundigen tenslotte echt niet altijd even goed gehoord. Maar de afgelopen jaren is er veel veranderd. We zitten nu om tafel op de plekken waar het erom gaat. Het loont dus écht om je stem te laten horen. Vandaar dat we al onze collega's oproepen om hun vragen, klachten en ideeën bij ons te melden. Dan pakken wij ze serieus op."

Lid Aukje Corbée

(verpleegkundige Longziekten):

"We kijken niet alleen in ons eigen ziekenhuis hoe dingen anders en beter kunnen, maar doen ook graag inspiratie op bij collega's buiten de deur. Zo hebben we contact met Verpleegkundige Advies Raden van andere ziekenhuizen. Tijdens de eerste coronagolf waarschuwden collega's uit Brabant ons bijvoorbeeld al dat verpleegkundigen van de COVID-afdeling overbelast raakten. We hebben hun ervaringen toen meteen ingebracht in ons crisisbeleidsteam. Een van de resultaten is dat we op de COVID-afdeling standaard drie keer per week met collega's evalueren hoe het gaat."

"WE ZITTEN NU OM TAFEL OP DE PLEKKEN WAAR HET EROM GAAT"

Tea-Rixt

Lid Tialda Brouwer

(verpleegkundige Algemene en Oncologische chirurgie)

"Ik wil mezelf als verpleegkundige graag meer profileren. Bij de VAR hoop ik me professioneel en persoonlijk verder te kunnen ontwikkelen. Het is nuttig en leerzaam om op allerlei plekken in de organisatie mee te praten over verschillende onderwerpen. Ik steek er veel van op. Over de ontwikkelingen binnen het MCL, en over ons vak. Waardevol om daaraan te kunnen bijdragen. Op persoonlijk vlak helpen de ervaringen in de VAR me bovendien om makkelijker het woord te nemen, en mezelf duidelijker te presenteren. Zo snijdt het mes aan twee kanten."

Secretaresse Martina Onderstijn

"De VAR praat niet alleen mee over beleid, we organiseren ook praktische activiteiten voor verpleegkundigen. Bijvoorbeeld verschillende keren per jaar 'Broodje Kennis': lunchbijeenkomsten waarbij verpleegkundigen - en andere geïnteresseerden - kennis en ervaringen uitwisselen. En we zetten onze mensen graag in het zonnetje, bijvoorbeeld op De Dag van de Verpleging." ■

De VAR in cijfers

- **1995**: het jaar waarin de VAR werd opgericht
- **7** leden en **1** secretaresse
- **30** keer per jaar overleg
- **4,6** uur besteden leden gemiddeld wekelijks aan de VAR (de voorzitter **16** uur)
- **10** keer per jaar lunchbijeenkomst 'Broodje Kennis'
- **3** keer per jaar een column op het intranet MCLnet

Ook op Instagram

De Verpleegkundig Advies Raad heeft een eigen Instagram-account: **@var.mcl**. Hier houden de VAR-leden hun bijna zeshonderd volgers op de hoogte en komen ze met hen in contact.

Meer weten?

Kijk op: www.mcl.nl/VAR. Wil je iets kwijt aan de leden van de VAR? Heb je suggesties of ideeën? Of wil je iets melden wat anders of beter kan? Mail dan naar var@mcl.nl.



POST-COVID POLI: *pionieren in zorg*

DE VERWACHTE TOESTROOM VAN EX-COVID-PATIËNTEN NAAR DE LONGPOLIKLINIEK VAN HET MCL WAS ZO GROOT DAT LONGARTS JOLANDA KUIJVENHOVEN BESLOOT ER EEN SPECIALE POST-COVID-POLI VOOR OP TE ZETTEN.

Na de zomer van 2020 startte ze er mee en het lijkt een blijvertje. Daarnaast leidt de druk om zoveel mogelijk zorg digitaal te doen tot prachtige initiatieven. Zo werkt longarts Wouter van Geffen aan de e-neus, een geavanceerd ademanalyseapparaat dat een COVID-besmetting of kanker in de adem van een patiënt kan vaststellen. Friesland had in de eerste coronagolf naar verhouding niet zoveel COVID-patiënten, maar toen Kuijvenhoven merkte dat huisartsen steeds meer ex-COVID-patiënten naar de longpoli verwezen, wist ze dat ze dat moet kanaliseren. "Je bouwt alleen kennis op als je deze patiënten bij één longarts laat komen en niet bij tien verschillende. Inmiddels is zo'n 90 procent van de patiënten die ik zie, ex-COVID-patiënt. Volgens de getallen en onderzoeken zijn ze vaak hersteld, maar ze hebben nog erg veel klachten."

Pionieren

Kuijvenhoven heeft in de post-COVID-poli versterking gekregen van Rolof Gijtenbeek, Marianne van Schaiken Ilse Maltha. Daarnaast werkt een team van longverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en psychologen. "We zien veel wisselende klachten bij de post-COVID-patiënten: vermoeidheid, pijn op de borst, benauwdheid, hoesten, hoofdpijn, maag-darmklachten, concentratie- of geheugenproblemen of smaak- en geurverlies. Bij hoestklachten schrijf ik wel eens inhalatiemedicatie voor maar bij inspanningsproblemen, pijn op de borst of geheugenproblemen kunnen we deze patiëntengroep het beste multidisciplinair behandelen, met fysiotherapie,

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

maatschappelijk werk of psychologie. Veel van deze patiënten zijn nooit zo ziek geweest dat ze in het ziekenhuis moesten worden opgenomen, maar dezelfde soort klachten hoor je ook van mensen die wel ernstig ziek op de intensive care hebben gelegen. De impact is hetzelfde. Een gek beeld dus. Heel ongrijpbaar ook.”

COVID-19 is een nieuw virus en het bijpassende ziektebeeld is ook nieuw en dus kan niemand Kuijvenhoven vertellen hoe ze moet handelen in de nazorg van deze patiënten. “Wat ik kan doen, is goed luisteren en daarvan leren. De angsten die mensen hebben: ‘heb ik anderen besmet?’, ‘kan ik het nog een keer krijgen?’ ‘word ik misschien nog zieker, komt het wel goed met me?’ Ik weet alle antwoorden nog niet. Dit virus kennen we daarvoor nog niet voldoende. Kun je

het nog een keer krijgen? Ja. Maar de kans dat je er net zo ziek of zieker van wordt, is niet zo groot. Gaat het helemaal over en ga je weer functioneren zoals vroeger? Geen idee. Ik zie mensen met wie het echt weer beter gaat, maar ook een groep waarbij dat niet zo is. Het blijft voorlopig pionieren. Wetenschappelijk gezien zijn er enkele beschrijvende studies van de nazorg gepubliceerd. Er zijn nog geen studies waaruit blijkt welke behandeling in het zorgtraject het beste is. Ik behandel dus patiënten met een heel nieuw ziektebeeld, vanuit mijn kennis van longziekten, longrevalidatie en chronische ziekten. Dat werkt bij de ene patiënt soms fantastisch en bij de ander helemaal niet. Als de klachten buiten mijn expertisegebied liggen dan verwijst ik patiënten door. Bijvoorbeeld naar de psycholoog of naar een andere specialist. Daarin is het bij elke patiënt opnieuw zoeken.”

“In Friesland zijn al veel mooie initiatieven ontstaan”

COVID-herstelplan

COVID is een blijvertje, vreest Kuijvenhoven. Dus zet ze alle zeilen bij om de kennis over de nazorg voor deze patiëntengroep te bundelen, te delen en een herstelplan op te zetten. “Ik ben veel bezig met het scholen van huisartsen, fysiotherapeuten, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen. Ik vertel wat COVID in mijn ervaringen met mensen doet, zodat men deze patiënten wellicht beter kan begeleiden. Het belangrijkste in de nazorg is de fysiotherapie en informatievoorziening. In Friesland zijn al veel mooie initiatieven ontstaan. Er zijn fysiotherapiepraktijken die een speciale module voor herstel van COVID hebben gevolgd en dat in hun praktijk oppakken. Daar kan ik mensen naartoe verwijzen en indien nodig is er ook een goed lopend samenwerkingsverband met de revalidatieartsen van Revalidatie Friesland. Hoe meer de eerstelijns zorgverleners als de huisarts en fysiotherapeut weten, hoe minder ze mij nodig hebben en dat is de bedoeling. Daarom besteed ik best veel tijd aan het geven van onderwijs, bijvoorbeeld recent nog via de KNMG. Die organiseerden een digitaal drieluik over COVID, waarin alle facetten van het ziektebeeld aan bod kwamen. Daar heb ik samen met de tweedelijns fysiotherapie onze ervaringen besproken, wat casuïstiek en literatuur toegevoegd en natuurlijk is er altijd ruimte om uitgebreid met elkaar te discussiëren. Dat is leuk en leerzaam. De kennis die we opdoen gebruiken we op een later tijdstip ook voor wetenschappelijk onderzoek.

Nederig

Samen met de fysiotherapeuten uit Groningen heb ik gewerkt aan de website www.herstelnacovid.nl. Daar heb ik een algemeen verhaal over post-COVID ingesproken. Met name over welke klachten het geeft en wat men kan verwachten van het herstel na COVID. Ook andere specialismen als de fysiotherapeut en de psycholoog laten met filmpjes oefeningen zien als ontspanningsoefeningen en geheugentrainingen. Alles wat je thuis kunt doen met goede tips en trucs, is hartstikke goed. Als ze later dan toch nog bij mij komen, hebben ze in ieder geval al een stap in de juiste richting gezet. Ik hoop dat we dit soort initiatieven en samenwerkingsverbanden in de toekomst behouden. COVID raken we denk ik niet meer kwijt en de post-COVID-poli dus ook niet. Ik heb veel respect voor het virus. Als mensen zeggen, ‘Ach COVID is net een griepje’, dan weet ik: dat is niet zo. Ik zie behalve de bekende risicogroepen ook hele jonge mensen, volop werkzaam, sportief, altijd normaal functionerend in de samenleving, dus echt niet alleen mensen die al wat onder de leden hadden. Ze gaan soms fysiek en mentaal helemaal onderuit en kunnen nu, een jaar na dato nog altijd niet volledig werken. Ik kan moeilijk bevatten dat een virus zoiets met een mens kan doen. Daar wordt ik heel nederig van.”

E-neus snuift naar kanker en COVID

DE IMPACT VAN COVID HEEFT DE ZORG VERANDERD, ZEGT OOK LONGARTS WOUTER VAN GEFFEN. “WE DOEN INMIDDELS EEN GROOT DEEL VAN ONZE CONSULTEN DIGITAAL, TELEFONISCH OF MET VIDEO-BELLEN. DAT VIND IK EEN GOEDE ONTWIKKELING. EEN COMBINATIE VAN FYSIEKE BEZOEKEN EN CONTACT OP AFSTAND KAN VEEL KWALITEIT OPLEVEREN EN DAT IS DE SITUATIE NU. ALS JE MIJN VAK OVER VIJFTIEN JAAR BEKIJKT, DENK IK DAT ER WEINIG HETZELFDE ZAL ZIJN VERGELEKEN MET VANDAAG.”



Van Geffen wijst daarbij op de grote mogelijkheden van kunstmatige intelligentie. “Daarmee kun je met CT-scans al interessante dingen doen, maar ook in andere gebieden zoals bij de detectie van longkanker en COVID-19. Daar neemt kunstmatige intelligentie een enorme vlucht.” Van Geffen gebruikt nu bijvoorbeeld al de elektronische neus. Het apparaat ‘ruikt’ aan de adem of je een bepaalde ziekte hebt. “Achter de schermen worden alle stofjes die de neus ruikt, alle data, middels kunstmatige intelligentie in een soort algoritme geplakt. Zodanig dat je de software erachter leert: dit is kanker, dit is COVID-19 of iets anders. We gebruiken het nu vooral met het doel longkanker op te sporen, maar een paar jaar geleden merkten we dat de e-neus ook infecties door virussen en bacteriën kan ruiken en dus ook een COVID-besmetting. Voor we het apparaat optimaal kunnen instellen, hebben we duizenden mensen nodig. Een aantal grote ziekenhuizen in Nederland vragen we daarvoor medewerkers die verdacht zijn op COVID. Die krijgen sowieso de normale ‘swaps’ en we vragen ze om in de e-neus te ademen. Dan gebruiken we die swaps om de e-neus te ijken. Als dit onderzoek is afgerond kunnen we straks na een kwartier de uitslag geven, zonder swaps en zonder de hulp van een laboratorium. We zijn al vrij ver. Wellicht kan dat nog dit jaar worden ingezet. Ook voor longkanker zijn we heel ver. Straks kun je met behulp van kunstmatige intelligentie medische onderzoeken doen waarbij je zoveel mogelijk van het lichaam zelf afblijft en de integriteit van het lichaam intact laat. De e-neus is er een voorbeeld van. Je kunt het zo gek niet bedenken of de neus kan het leren ruiken. In mijn ideale wereld is het zo dat als een patiënt naar ons toegestuurd wordt met de verdenking op longkanker, je die in deze elektronische neus laat ademen en vrijwel direct weet of de verdenking klopt of niet.” ■



MCL

als motor van vernieuwing

De zorg staat voor grote veranderingen. De Juiste Zorg op de Juiste Plaats is het credo: thuis waar dat kan, in het ziekenhuis waar nodig. Deze beweging raakt in een versnelling door de inzet van zorg op afstand, telemonitoring, E-health en digitale consulten. Samen met de concernpartners Tjongerschans en Noorderbreedte heeft het MCL 'veel in handen' om deze beweging vorm en inhoud te geven. "Wij willen de motor zijn van de vernieuwing van de zorg in Friesland", aldus bestuursvoorzitter Patrick Vink van het MCL.

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

“Als je echt wilt vernieuwen, dan kun je dat niet alleen”

“Durf te dromen”, zegt Patrick Vink als hij het heeft over de toekomst van de Friese zorg en de ambities van het MCL. Maar dromen alleen is niet voldoende. “Als je echt wilt vernieuwen, dan kun je dat niet alleen. Dan zal je moeten samenwerken met andere partijen. Daarbij moet de inhoud van de zorg leidend zijn en wat je met elkaar kunt doen om alle noodzakelijke zorg voor Friezen te behouden en te verbeteren. Dat moet het doel zijn.” Het MCL is de laatste jaren sterk in beweging. De organisatie van de zorg is veranderd. Zo zijn er zes zorgeenheden (ZE's) en een Multifunctionele Eenheid (MFE) gegroepeerd rond clusters van zorg. Daarbij gaat het om het hart- en vaatcentrum, vrouw moeder kind, oncologie, beschouwende vakken, snijdende vakken en de acute zorg met de spoedeisende hulp en de intensive care. De zorg binnen en tussen de verschillende ZE's wordt zo ingericht dat de patiënt zo weinig mogelijk schotten ondervindt en een soepele 'reis' kan volgen door het ziekenhuis als hij een behandeling of onderzoek nodig heeft. Hiervoor ontwikkelt het MCL zorgpaden, met de inbreng van patiënten. De afdelingen binnen de MFE ondersteunen hierbij.

De beste zorg

Daarnaast heeft het MCL - naast het leveren van goede basiszorg - een aantal onderscheidende gebieden benoemd waarin het ziekenhuis wil excelleren en de beste zorg wil leveren. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om hart- en vaatzorg, oncologie en gespecialiseerde behandelingen voor vrouw moeder en kind.

Als topklinisch of STZ-ziekenhuis zijn onderzoek, innovatie en opleiding belangrijke pijlers voor het MCL. Door intensief onderzoek te doen in de onderscheidende gebieden, wil het MCL deze zorg verder verbeteren. Daardoor kunnen Friezen ook in de nabije toekomst voor de meeste vormen van zorg – ook de complexe ingewikkelde ingrepen en onderzoeken – in het MCL terecht en hoeven ze daarvoor niet ver te reizen.

Het MCL heeft de afgelopen jaren fors moeten bezuinigen om de komende jaren flink te kunnen investeren in noodzakelijke nieuwbouw. In eerste instantie bouwen we een nieuwe intensive care, een operatiecentrum en apotheek. Nieuwbouw die volgens

Patrick Vink noodzakelijk is om ook in de toekomst de positie van het MCL als topklinisch ziekenhuis (STZ) te behouden en te versterken. Dan zijn hybride operatiekamers met meer digitale ondersteuningsmiddelen nodig om mee te kunnen met de nieuwste operatietechnieken en zo aantrekkelijk te blijven als werkgever voor jonge aankomende ambitieuze dokters, verpleegkundigen en ondersteuners. Het is nog maar de eerste fase van (ver)nieuwbouw van het ziekenhuis. Later volgen nog andere delen, waaronder de kliniek en de poliklinieken, waarna er naar verwachting rond 2030 een hypermodern vrijwel nieuw ziekenhuis zal staan op de plaats van het huidige MCL. Aanvankelijk had het ziekenhuis eerder willen bouwen, vertelt Patrick Vink, maar financieel moest het huis eerst op orde. Dat is gelukt. Nu komt het later bouwen 'wel goed' uit omdat de vernieuwingen in een versnelling komen en dit ook direct van invloed is op hoe het nieuwe ziekenhuis van de toekomst eruit komt te zien.

Zorg op afstand

Zo heeft de coronacrisis het digitaal en meer op afstand werken in de zorg een stevige impuls gegeven. “Wilden artsen het afgelopen jaar patiënten zien of spreken dan kon dat vaak alleen maar digitaal. Beeldbellen, zorg op afstand, telemonitoring, waarbij patiënten thuis met behulp van digitale meetapparatuur worden gevolgd, hebben daardoor een enorme vlucht genomen.” Het is vaak efficiënt en minder belastend voor de patiënt, want die hoeft alleen naar het ziekenhuis te komen als het echt nodig is. “Want waar het echt nodig is, blijven artsen natuurlijk fysiek patiënten zien en onderzoeken.” Patrick Vink noemt de Stadspoli een mooie samenwerking tussen huisartsen en specialisten die in het MCL werken. Op verzoek van de huisarts kan de specialist een meekijkconsult verrichten bij een patiënt op de Stadspoli. In veel gevallen gaat het om situaties waarvoor de patiënt vroeger naar het ziekenhuis moest – en zijn eigen risico kwijt was – maar waarvoor de specialist nu naar de Stadspoli komt. De patiënt hoeft niet naar het ziekenhuis. De huisarts houdt de regie en de patiënt zijn eigen risico als hij dat nog niet heeft uitgegeven. Patiëntvriendelijke en betaalbare zorg.

Compacter ziekenhuis

Door deze ontwikkelingen zou het MCL van de toekomst wel eens een compacter ziekenhuis kunnen worden met uiteindelijk minder bedden dan nu het geval is. “De verwachting is dat patiënten straks alleen nog in het ziekenhuis komen voor specialistisch onderzoek of een behandeling of operatie. Zeker bij oudere patiënten moet je je afvragen of een dynamische en vaak wat onrustige ziekenhuisomgeving wel de beste plek is om na een operatie te



herstellen. Vaak zijn patiënten beter af op een revalidatieafdeling van bijvoorbeeld Noorderbreedte.” Patrick Vink ziet dan ook voor zich dat patiënten straks wellicht in Noorderbreedte worden opgenomen. Ze komen in het MCL voor een operatie en als ze geen IC-zorg of medisch specialistische verpleging nodig hebben, kunnen ze snel terug naar Noorderbreedte om daar in een veel rustiger omgeving te herstellen en te werken aan terugkeer naar huis als dat mogelijk is. Het MCL dus als een belangrijke specialistische schakel in een keten van samenwerkende zorgverleners. Zo ziet Patrick Vink ook kansen in verdergaande samenwerking met Tjongerschans, dat net als MCL (en Noorderbreedte) deel uitmaakt van Zorgpartners Friesland (ZPF). Waar eerder vergaande plannen bestonden om de verschillende partners uit elkaar te halen, zijn de huidige bestuurders blij dat dat niet is gebeurd.

Kracht van Zorgpartners Friesland

“De samenwerking binnen het concern biedt zoveel kansen als het gaat om de verdeling van zorg, het opleiden van mensen, het bieden van de juiste zorg op de juiste plek en het doen van onderzoek. Opsplitsing had alleen maar voor onnodige obstakels gezorgd. Samenwerking is nu veel makkelijker en goed voor de patiënt en de zorg.” Hoe die samenwerking er precies uit komt

te zien, wordt de komende jaren verder uitgewerkt. Maar in de droom van Patrick Vink gaat de samenwerking ook verder over de Friese grenzen heen. Bijvoorbeeld op het gebied van het hart- en vaatcentrum met het UMCG in Groningen en Isala in Zwolle. Om ervoor te zorgen dat het hart- en vaatcentrum zich kan blijven ontwikkelen en nieuwe behandelingen kan blijven aanbieden. Met het Radboud in Nijmegen is het MCL een samenwerking aangegaan om specialistisch en vernieuwend onderzoek te doen naar 'pijn op de borst' en op oncologiegebied is er een samenwerking met het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam.

Drijfveer

Zo is op heel veel verschillende niveaus samenwerking nodig om goede, bereikbare en betaalbare zorg voor Friezen te behouden. “We moeten af van het concurrentiemodel. We moeten het samen doen, met het MCL (en ook ZPF) als regisseur en motor van de vernieuwing.” Dit zal geen eenvoudige klus zijn, weet ook Patrick Vink. Wat drijft hem dan om hier iedere dag weer vol voor te gaan? “Op verschillende momenten in mijn leven heb ik ervaren hoe belangrijk goede zorg is. Dat gun ik iedereen. Goede zorg voor iedereen nu en in de toekomst is mijn drijfveer. Daar wil ik graag een bijdrage aan leveren.” ■

Praten over **SEX** zonder taboes

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

MCL start met project Roze Olifant

Seksualiteit en intimiteit horen bij het leven, net als eten drinken, slapen en werken. Toch praten we er maar moeilijk over. Dat geldt ook voor zorgverleners. Het is de 'roze olifant' in de kamer, het taboe waar je liever niet over spreekt, maar dat er wel is. Een behandeling tegen kanker kan ingrijpende gevolgen hebben voor het seksleven van een patiënt en haar of zijn partner. Het project Roze Olifant geeft hulpverleners handvatten om hier makkelijker over in gesprek te gaan.



Hoe krijg je weer vertrouwen in je lichaam?

De Roze Olifant is een initiatief van onder andere de Borstkankervereniging Nederland (BVN). Het MCL is het eerste ziekenhuis in Noord-Nederland dat ermee aan de slag gaat. Als *patiënt advocate* en projectbegeleider van de BVN weet Rian Terveer hoe belangrijk het is om seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken bij de patiënten. Zo zijn er diverse schrijnende situaties bekend bij de BVN. "Vrouwen die na een borstsparende operatie een negatief zelfbeeld hebben. Of partners die het moeilijk vinden naar hun vrouw

te kijken of haar aan te raken, wanneer een of beide borsten zijn verwijderd. Dat heeft direct effect op intimiteit en de beleving van seks. Daar moet je tijd voor nemen en samen oplossingen voor zoeken."

Onbegrip tussen partners

Nog niet zo heel lang geleden was de aandacht vooral gericht op de behandeling zelf, op genezing en overleving. Nu komt er steeds meer aandacht voor de kwaliteit van leven na een kankerbehandeling. Hoe ga je verder met je leven? Hoe krijg je weer vertrouwen in je lichaam. Wat doet het met je relatie en de beleving van seksualiteit? Vrouwen die een hormoontherapie hebben, raken versneld in de overgang. Je lichaam verandert, wat ook weer effect heeft op hoe je intimiteit beleeft. Dat is voor de patiënt nieuw, maar ook voor de partner. Dit kan zorgen voor onbegrip en uiteindelijk mensen uit elkaar drijven. Erover praten helpt. Uit onderzoek blijkt dat na een borstkankerbehandeling ongeveer de helft van de patiënten aangeeft niet tevreden te zijn over het eigen seksleven. Van hen heeft 51 procent geen lust meer, 49 procent geen zin, 48 procent geeft aan dat het is veranderd en 41 procent van de vrouwen zegt niet meer opgewonden te kunnen raken. Achter deze 'kale cijfers' gaat vaak veel onzichtbaar leed schuil.



Eigen taboes

Verpleegkundig consulent Roelie la Roi is blij met de Roze Olifant toolbox, die wordt gebruikt bij de scholing. De eerste groepjes collega's zijn inmiddels ingepland. "In de toolbox zitten kaartjes om over verschillende onderwerpen in gesprek te gaan. Bijvoorbeeld welk woord gebruik je om vulva aan te duiden. Op deze manier kun je kijken waar je eigen taboes liggen en welk taalgebruik je het beste kunt toepassen om seksualiteit bespreekbaar te maken."

Het lijkt heel simpel de vraag te stellen 'hoe gaat het met jullie samen'. Roelie doet dat op een natuurlijke manier en heeft geen moeite het onderwerp aan te snijden, maar weet uit ervaring dat dat voor veel collega's anders is. "Toch is het heel belangrijk dat het onderwerp open op tafel komt. Dat mensen erover kunnen praten als ze dat willen." Na het 'spel' met de kaartjes worden gesprekken ook echt geoefend. Dat is de volgende stap. Verder is de toolkit gevuld met allemaal ondersteunende informatie. Soms kun je direct meedenken met mensen en oplossingen bieden, soms is professionele hulp nodig en kunnen mensen worden doorverwezen naar bijvoorbeeld een seksuoloog.

Knuffel en zoenen

Oplossingen hoeven niet altijd ingewikkeld te zijn, weet Roelie. "Als je last hebt van een pijnlijke schouder, dan zou je ook eens op een andere kant kunnen gaan liggen. Daar denken mensen vaak niet aan, maar zo simpel kan het zijn. Of het gebruik van een glijmiddel bij het vrijen als het pijnlijk en droog is. Blijf proberen, neem de tijd voor elkaar. Begin met een knuffel en zoenen. Het doet vaak pijn, wanneer mensen er maar mee stoppen en geen seks meer hebben, terwijl ze er wel behoefte aan hebben." Soms is het nodig de vraag vaker te stellen. "Er was hier een jonge vrouw die samen met haar moeder kwam. Op de vraag hoe het met haar seksleven ging, gaf

ze aan geen problemen te ervaren. Toen ze met haar partner kwam, was het antwoord anders. Ze ervoeren wel degelijk problemen, maar de vrouw wilde er niet over praten met haar moeder erbij. Schaamte speelt een rol en daar moet je als zorgverlener oog voor hebben."

Voortrekkersrol

Rian Terveer prijst het MCL dat met de Roze Olifant een voortrekkersrol heeft in het Noorden. "Dit is zo belangrijk en goed dat dit serieus wordt opgepakt". Volgens Rian en Roelie is het nog

maar een eerste stap. De cursus is ontwikkeld voor patiënten met borstkanker, maar is veel breder toepasbaar. Ook bij patiënten met een chronische ziekte, MS of na een beroerte, verandert vaak de beleving van seksualiteit en intimiteit. "Ook bij deze groepen patiënten draagt de vraag 'hoe gaat het met jullie samen?' direct bij aan de kwaliteit van zorg en aan een beter leven." ■

Lees meer op

www.borstkanker.nl/roze-olifant



Samenwerken voor de best mogelijke zorg

Jaarlijks krijgen 75 tot 100 van onze patiëntes te horen dat ze een vorm van gynaecologische kanker hebben. Dat maakt hun ziekte relatief zeldzaam. Om ze de best mogelijke zorg te bieden, werken gynaecologen van het MCL nauw samen met specialisten van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer

Al dertig jaar de rode draad door haar leven. Zo omschrijft Ella Sikkes (64) haar ervaringen met kanker. Ze had al drie keer borstkanker gehad, toen ze in 2018 ontdekte dat ze een erfelijke afwijking heeft in een bepaald stukje DNA, het BRCA-gen. Die vergroot niet alleen haar risico op borstkanker flink, maar óók op eierstokkanker. Voor haar reden genoeg om MCL-gynaecoloog Mirjam Apperloo, die kanker als aandachtsgebied heeft, te vragen om haar eierstokken preventief te verwijderen. "Na de operatie leek alles in eerste instantie goed", vertelt Ella. "Maar omdat de patholoog het niet helemaal vertrouwde, stuurde ze het weefsel voor de zekerheid toch naar het UMCG. Ik weet het moment dat dokter Apperloo me belde nog precies. 'Het is slecht nieuws', zei ze. Ik ging bijna onderuit. Niet wéér kanker, dacht ik."

Samen de kanker te lijf

Een tweede operatie volgde, nu in Groningen. Dat ze daarvoor naar een ander ziekenhuis moest, deerde Ella Sikkes niet. "Ik kreeg te horen dat er acht gespecialiseerde centra in Nederland zijn voor gynaecologische oncologie. Alleen daar voeren ze dit soort operaties uit. Het UMCG is er één van, het MCL niet. Er viel dus weinig te kiezen. Maar dat maakte me niet uit; ik was blij dat ik de beste zorg kreeg." De doorverwijzing deed absoluut geen afbreuk aan haar vertrouwen in het MCL. "In tegendeel, het geeft juist een goed gevoel dat er wordt samengewerkt. Vanaf het begin kwam ik in Leeuwarden in een warm bad. Ik heb altijd heel goed geïnformeerd over alles. En het contact is heel persoonlijk, ook met de verpleegkundig consulenten. De overdracht en afstemming tussen de ziekenhuizen waren bovendien uitstekend geregeld. Ik had echt het gevoel dat we de kanker met z'n allen te lijf gingen."

Speciale poli

Gynaecologische kanker is relatief zeldzaam. In 2019 (de laatst bekende cijfers) hoorden bijna 4900 vrouwen dat ze eierstokkanker, baarmoederhalskanker, baarmoederkanker, schaamlipkanker of vaginakanker hadden. Ter vergelijking: in totaal kregen dat jaar ongeveer 118.000 mensen een kankerdiagnose. "In het MCL gaat het om 75 tot 100 patiënten per jaar", zegt Marjan Keizer, een van de twee gynaecologen met kanker als aandachtsgebied. Samen met haar collega Mirjam Apperloo en verpleegkundig consulenten oncologie Anneke Kuipers en Frieda de Boer richtte zij in 2009 een speciale poli voor deze patiëntengroep op. "Mirjam en ik hebben na onze opleiding tot gynaecoloog allebei een aanvullende oncologie-opleiding gedaan. Sindsdien zien we samen alle gynaecologisch-oncologische patiënten van het MCL. Juist omdat hun aantal beperkt is, is het belangrijk om de kennis over deze aandoeningen te bundelen."

“Ik was blij dat ik de beste zorg kreeg”

De beste zorg op de juiste plek

In de landelijke zorgrichtlijnen staat dat vrouwen met een (vermoedelijke) vorm van gynaecologische kanker altijd moeten worden besproken met een derdelijns oncologisch centrum. "In ons geval is dat het UMCG", vertelt Marjan. "Dat is het dichtstbij. Mirjam en ik zijn daar ook allebei opgeleid, dus de lijnen zijn kort. Eens per week hebben we een multidisciplinair overleg met onze Groningse collega's. Samen met mensen van allerlei disciplines - een gynaecoloog-oncoloog, een radiotherapeut, een medisch oncoloog, een patholoog, een verpleegkundig consulent en zo nodig een radioloog - bespreken we dan onze patiënten. Zo nodig verwijzen we die door naar het UMCG. Schaamlipkanker behandelen we in het MCL bijvoorbeeld helemaal niet, daar is het te zeldzaam voor."

Om ergens goed in te worden, moet je het vaak doen. Dat geldt ook voor specifieke medische behandelingen. Het is de belangrijkste reden om de zorg voor zeldzame kankers te concentreren in een paar gespecialiseerde (meestal academische) ziekenhuizen. Dus óók voor bepaalde vormen en behandelingen van gynaecologische kanker. "Door zo nauw samen te werken, verzekeren we ons ervan dat patiënten de best mogelijke zorg krijgen op de juiste plek."

Goede uitleg helpt

Volgens verpleegkundig consulent oncologie Anneke Kuipers moeten patiënten soms wel even slikken als ze horen dat ze naar een ander ziekenhuis moeten. "Ze zitten natuurlijk al in een onzekere achtbaan en dan komt dat er ook nog bij. Daarom nemen we als verpleegkundigen uitgebreid de tijd om, na het uitslaggesprek, extra uitleg te geven over het hoe en waarom. Dan snappen patiënten meestal heel goed dat behandeling in een ander ziekenhuis nodig is. We maken ook altijd een schriftelijke samenvatting, zodat patiënten alles thuis nog eens op hun gemak kunnen nalezen." Soms blijven patiënten in het UMCG, meestal komen ze na hun behandeling weer terug in het MCL. "Dat hangt van de situatie af", aldus Anneke. "Operaties voor eierstokkanker gebeuren bijvoorbeeld altijd in het UMCG. Maar als daarna bijvoorbeeld chemotherapie nodig is, kan dat ook hier." Nadat haar behandeling in het UMCG was afgerond, koos Ella Sikkes ervoor om terug te gaan naar het MCL. Daar blijft ze onder controle, voorlopig nog iedere drie maanden. "Heel fijn dat dat weer bij mijn eigen dokters kan." ■



Landelijke cijfers

Baarmoederkanker
ruim 2.000 per jaar

Eierstokkanker
bijna 1.300 per jaar

Baarmoederhalskanker
ruim 900 per jaar

Schaamlipkanker/vulvakanker:
ruim 400 per jaar

Vaginakanker
ongeveer 65 per jaar

Bron: Nederlandse Kankerregistratie (NKR, 2019)

Meer weten?

Kijk op mcl.nl/gynaecologische-oncologie

Op onderstaande websites vind je verder betrouwbare medische informatie over (gynaecologische) kanker

degynaecoloog.nl: informatieve website van de landelijke gynaecologenvereniging

olijf.nl: biedt steun en hulp aan (ex-)patiënten met gynaecologische kanker en hun naasten

kanker.nl: informatie over de meeste soorten kanker en wetenschappelijke onderzoeken (trials)

kwf.nl: informatie en voorlichtingsmateriaal

erfelijkekanker.nl: informatie over erfelijke vormen van kanker

brca.nl: informatie over de mutatie in de BRCA-genmutaties

oncoline.nl: landelijke oncologierichtlijnen

ZOEKEN NAAR OPTIMALE DIAGNOSTIEK BIJ DEMENTIE

De diagnostiek om dementie vast te stellen gaat op de schop. Het landelijke ABOARD-onderzoek moet de komende jaren inzicht geven hoe huisartsen en geheugenpoliklinieken de diagnostiek en begeleiding bij dementie kunnen personaliseren. Voor een deel van de patiënten is de reeks aan onderzoeken in het ziekenhuis overbodig. Andere, veelal jongere patiënten kunnen veel baat hebben bij een vroege diagnose zodat eerder met een persoonlijk begeleidingstraject gestart kan worden.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer



ABOARD

ABOARD staat voor A Personalized Medicine Approach for Alzheimer's Disease. Het is een grootschalig, landelijk onderzoeksproject dat werkt aan verbeterde diagnostiek, preventie en vroegtijdige opsporing van Alzheimer. Aan het project werken alle Universitaire Medische Centra in Nederland mee, behalve Leiden. Daarnaast doen ook twee topklinische zorg-ziekenhuizen mee: het Jeroen Boschziekenhuis in Den Bosch en het MCL. Het project startte in het voorjaar van 2021 en duurt vijf jaar. De hoofdonderzoekers in het MCL zijn klinisch geriater Liesbeth Hempenius en neuroloog Niek Verwey. Ze werken samen met verschillende specialismen op het geheugencentrum Fryslân in het MCL, zoals neuropsychologen, radiologen en psychiaters.

"MENSEN
CHECKEN
STRAKS THUIS
VIA EEN APP
HOE HET ER
MET HUN
GEHEUGEN
VOOR STAAT"

Alle regio's in Nederland hebben een eigen onderzoekslijn in het ABOARD-onderzoek. De ene regio ontwikkelt een landelijke database, elders houdt men zich bezig met leefstijl en ontwikkelt apps en vragenlijsten. Het Noorden richt zich op de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg, gericht op de diagnostiek en de non-medicamenteuze behandeling. Hierin werkt het MCL samen met professor Barbara van Munster, hoogleraar ouderenzorg/klinische geriatrie in het UMCG. Klinisch geriater Liesbeth Hempenius: "We kijken hoe we de diagnostiek kunnen verbeteren en de ziekte eerder kunnen onderkennen. We bepalen samen met de patiënt de begeleiding na de diagnose. Een meer persoonlijke benadering van Alzheimer en dementie is het uitgangspunt. Het zou mooi zijn om de ziekte eerder te kunnen onderkennen zodat mensen met bijvoorbeeld voedings- of leefstijlstrategieën de ziekte kunnen vertragen. 'Samen Alzheimer stoppen voor

het start' is – niet voor niks - de slogan van het onderzoek. Alle onderzoeksresultaten rijgen we aan elkaar en dan hopen we in heel Nederland dezelfde verbeteringen in dementie-diagnostiek en behandeling te kunnen aanbieden."

Slimmer

Juist die praktische onderzoekslijn is voor het Noorden heel belangrijk, vindt neuroloog Niek Verwey. "Hier in Friesland, maar ook in Groningen en Drenthe zijn veel meer oudere mensen dan elders in Nederland en de vergrijzing stijgt de komende jaren hard. Eén op de vier inwoners hier is inmiddels ouder dan 65 jaar en de komende tien jaar schuift dat op naar één op drie. Dat betekent dat ook meer mensen dementie gaan ontwikkelen. Wij zien jaarlijks op onze geheugenpoli ongeveer vijfhonderd patiënten. We verwachten dat dat aantal stijgt naar zo'n duizend in 2035. Die kunnen echt niet allemaal in het ziekenhuis terecht voor diagnostiek en behandeling. We moeten slimmer zijn en kijken welke mensen met geheugenklachten ook baat hebben bij uitgebreide diagnostiek in het ziekenhuis."

Jonge patiënten

De dementiezorg in Nederland verloopt over het algemeen volgens bepaalde protocollen. Patiënten worden naar een geheugenpoli verwezen door de huisarts en zijn dan al vaak een eind in hun ziekteproces onderweg. Op de geheugenpoli gaat dan de molen draaien: bloedonderzoek, neurologisch onderzoek, MRI-scan en een vervolgesprek. Een team specialisten bespreekt de resultaten en daarna krijgt de patiënt de uitslag. Dat hele pakket duurt een aantal weken en in die tijd is zo'n patiënt ook meerdere keren naar het ziekenhuis geweest

voor onderzoek. "Dat is het standaardstramien", zegt Hempenius. "Wij willen juist meer zorg op maat bieden en daar hebben we ook stappen gezet. Bij de oudere mensen kijken we eerst wat nog nodig is. Eigenlijk hoeft een deel van hen, waarvan al bij de huisarts duidelijk wordt dat ze dementie hebben, hier niet door die hele molen. We vragen echt niet altijd alle vervolgonderzoeken aan. Daar maken we onderscheid in. Ook hebben we sinds een jaar een poli voor jongere patiënten, want die groep wordt de laatste jaren steeds groter. Men is zich eerder bewust van een bepaalde mate van vergeetachtigheid. Dat kan komen doordat er meer van mensen gevraagd wordt in het dagelijks leven en dan merk je eerder dat je geheugen niet meer optimaal werkt. Anderzijds weten mensen ook meer van dementie en vragen zich eerder af of ze de ziekte hebben of niet. De jongere patiënten zijn de mensen die het meest verlegen zitten om de vraag wat er aan de hand is. Want ze hebben een baan, zijn sociaal actief, hebben soms jonge kinderen. Ze krijgen op onze poli een speciaal programma waarop we in één ochtend alle onderzoeken doen, inclusief een MRI en neuropsychologisch onderzoek en binnen een week weten die patiënten waar ze aan toe zijn."

Focusgroepen

Het doel van het ABOARD-onderzoek is om er in de diagnostiek van dementie nóg een treetje eerder bij te zijn, zegt Verwey. "Stel, mensen checken straks thuis via een app hoe het er met hun geheugen voor staat. Aan zo'n app wordt elders in Nederland gewerkt. Als uit die app blijkt dat er sprake is van beginnende dementie, kan de patiënt met de huisarts overleggen. De huisarts doet extra onderzoek en gaat bloed prikken en stelt vast dat mogelijk



sprake is van beginnende dementie. Dan stelt hij de vraag: wat wil je? Wil je meer zekerheid hebben en daarvoor naar het ziekenhuis of zullen we het beloop in de tijd afwachten? Dan stuur ik je een casemanager en zoeken we gaandeweg uit wat nodig is.

Begeleiding

Een medicijn tegen dementie is er niet. Dan geef je daarna mensen de keus om eventueel extra onderzoek te ondergaan voor bijvoorbeeld de diagnose van zeldzamere vormen van dementie. Maar de meeste patiënten met dementie hebben gewoon begeleiding in de thuissituatie nodig. Dan schakel je een casemanager in en kan je de gesprekken voeren over wat die patiënt wil in het leven, hoe hij tegen de laatste levensfase aankijkt en welke behandelingen hij nog in het ziekenhuis wil ondergaan mocht hem iets overkomen. Dat zijn gesprekken die je in een vroeg stadium nog goed kunt

voeren." Hempenius: "Wat in de huidige situatie nog vaak in het water valt, is die taakverdeling als eenmaal bij iemand dementie is vastgesteld. Wie pakt wat op? Dat zijn belangrijke zaken waarover we met de huisarts en casemanager moeten praten. Nu komen casemanagers soms ook al naar het ziekenhuis om met elkaar onderzoeksgegevens door te nemen en te overleggen over een goede taakverdeling. Dan weten we van elkaar waar we mee bezig zijn en dat is heel waardevol. We zien al dat de meeste specialisten ouderengeneeskunde weliswaar verbonden zijn aan een instelling, maar steeds vaker bij patiënten thuis komen. Daar is dus een verschuiving gaande. We willen graag met focusgroepen werken waarbij we met patiënten, mantelzorgers en zorgverleners praten over hoe ze de diagnostiek nu ervaren en waar ze verbetering of verandering in willen. Zo ontwikkel je een nieuwe werkwijze in de diagnostiek en kunnen we de huidige protocollen finetunen." ■



Gebouw en techniek: De eredivisie van de techniek!

Op topklinisch niveau wordt er in het MCL geopereerd. Dat houdt in dat alle techniek binnen MCL op het hoogste niveau moet functioneren. De afdeling Gebouw & Techniek zorgt er daarom voor dat het MCL aan alle (technische) voorwaarden voldoet zodat er goede en veilige zorg aan de patiënt kan worden verleend en er een veilige werkomgeving voor de medewerkers wordt gecreëerd.

tekst Jette de Vos fotografie Menno de Boer

“Wij leveren het product wat 24/7 beschikbaar moet zijn”

Alle technieken die je kunt bedenken heb je binnen het MCL. Er is een grote energiecentrale waar alle installaties voor warmte, koude, medische gassen en water samenkomen. Ook zijn er leidingtunnels, dakopbouwen, schachten en andere ruimten waar zich technische installaties bevinden. Kortom, overal vind je techniek terug in en rondom het gebouw die het zorgproces ondersteunt. Onderhoud en beheer aan technische installaties moet constant op orde zijn zodat deze 24/7 in topconditie is en op het hoogste niveau kan functioneren. Steken laten vallen is geen optie, patiëntenzorg gaat altijd door!

Jan Hemrica, Jelle Wagenaar en Jikke Castelein leiden de afdeling Gebouw en Techniek (G&T). Deze afdeling werkt voornamelijk achter de schermen, zodat het zorgproces ongestoord doordraait. Ze vertellen vol enthousiasme waarom de afdeling van groot belang is voor het MCL en waarom het zo waardevol is om als technici in een ziekenhuis te werken.

Wat doet afdeling Gebouw & Techniek?

“Het gebouw, het water, het binnenklimaat, elektriciteit, medische gassen en infrastructuur vallen allemaal onder onze verantwoordelijkheid”, vertelt Jikke. “Wij leveren het product dat 24/7 beschikbaar moet zijn. We zorgen voor een veilig gebouw en leefomgeving voor zowel patiënt als medewerker.”

Als technicus ben je medeverantwoordelijk voor de uitvoering van de dagelijkse bediening, monitoring en controle van de technische installaties in het MCL. Daarnaast bent je verantwoordelijk voor het verrichten van preventief onderhoud aan de installaties en het verrichten van inspecties, keuringen, modificaties en metingen in het kader van wet- en regelgeving. Maar ook de liften en het terrein om het MCL heen is het werkgebied van de technici.

Onderdeel zorgproces

Het werken in een ziekenhuis vergt de juiste afstemming en discipline. Even snel zaken aanpassen, bijstellen of kijken wat zich achter een systeemplafond bevindt kan vaak niet. Jelle: “Als technicus moet je je daar constant bewust van zijn. Ondanks dat je

niet direct onderdeel bent van het zorgproces en de patiëntenzorg kunnen werkzaamheden of handelingen er wel direct invloed op hebben. De infrastructuur is de ruggengraat van het ziekenhuis dat te allen tijde moet functioneren. De technicus heeft hier een grote verantwoordelijkheid in.”

Van alle markten thuis

Als je bij Gebouw & Techniek werkzaam bent is het noodzakelijk dat je allround ingezet kunt worden. Jan: “Vanuit technische opleidingen word je vaak in een bepaald vakgebied opgeleid waarna je je vervolgens gaat specialiseren. Wat wij vragen zijn medewerkers die technisch breed onderlegd zijn, zodat zij tijdens bereikbaarheidsdiensten in weekend en avond situaties op een verantwoorde manier technisch breed ingezet kunnen worden en zelfstandig kunnen handelen.”

De technici worden daarom aanvullend intern opgeleid. Om als technici te werken moet je leergierig en proactief zijn. Jelle: “Ook moet je stevig in je schoenen staan. Je moet bijvoorbeeld aan een arts of verpleegkundige kunnen uitleggen waarom het noodzakelijk is dat op een bepaald moment werkzaamheden worden uitgevoerd. Naast dat je de kennis moet hebben om te weten wat je doet is het dus net zo belangrijk om communicatief vaardig te zijn. Kortom je moet het kunnen uitleggen en onderbouwen aan de gebruiker om deze te kunnen overtuigen van de nut en noodzaak.”

Toekomstbestendig

De afdeling Gebouw & Techniek is naast de dagelijkse werkzaamheden van beheer en onderhoud van technische installaties bezig met de energietransitie. Hoe gaat het MCL in de toekomst de CO₂-uitstoot reduceren? Hoe zorgen we ervoor dat we zo duurzaam mogelijk zijn? Daar wordt constant over na gedacht en op geanticipeerd. Jelle: “Soms zijn het eenvoudig te realiseren zaken zoals het toepassen van LED-verlichting of het optimaliseren van de gevels door het aanbrengen van (extra) isolatie. Maar ook de vraag stellen of het nodig is om bij elke toiletvoorziening je handen met warm water te kunnen wassen.”



Het MCL heeft ambitieuze stappen richting de toekomst. Vanuit de huidige energiecentrale worden de gebouwen centraal gevoed met warmte door lange leidingtrajecten. Dit brengt het nodige energieverlies met zich mee. Dit gaan we in de toekomst decentraliseren per gebouw. “Door over te gaan op decentraal, kunnen we veel energiezuiniger zijn. Bijkomstig voordeel van decentralisatie is dat het onderhoud aan installaties minder impact heeft op de rest van de organisatie”, vertelt Jikke. Daarnaast heeft MCL de ambitie uitgesproken om aan te sluiten op Warmtenet Leeuwarden. Hiermee worden de gebouwen door middel van aardwarmte verwarmd. Het gevolg is dat er een grote reductie op het huidige gasverbruik wordt gerealiseerd. ■

Werken bij

Wil jij als technicus onderdeel zijn van het zorgproces?

Ga naar [MCL.nl/vacatures](https://mcl.nl/vacatures) en stel een jobalert in.



Patiënt niet langer 'klem' in nieuwe MRI

Met de aanschaf van drie nieuwe MRI's maakt het MCL een sprong in de tijd. De hypermoderne onderzoekstunnels voor inwendig onderzoek naar weke delen, zijn breder en comfortabeler en daarmee veel patiëntvriendelijker.

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer



Volgens Annette Schoof, teammanager radiologie, heeft de patiënt veel meer ruimte om zich heen in de nieuwe apparaten en voelt zich daardoor minder opgesloten. Het is door de omvang van de tunnel nu ook mogelijk om patiënten, die eerder te zwaar of te breedgeschouderd waren voor de smalle MRI-buis, toch te onderzoeken. Nieuwe technische mogelijkheden maken de kwaliteit van de beelden beter. Dit maakt dat de duur van onderzoeken ingekort kan worden met ongeveer 20 procent zonder kwaliteitsverlies van de beelden. Allemaal voordelig voor de patiënt en goed voor het ziekenhuis, omdat daardoor meer onderzoeken gedaan kunnen worden en wachttijden afnemen. Wat niet zal veranderen, zijn de harde wisselende geluiden van piepend tot wat sommigen omschrijven als een 'mitrailleur', wanneer de spoelen van de MRI hun werk doen. Dat blijft. Maar ook daar wordt hard aan gewerkt om de beleving comfortabeler te maken. Zo worden de MRI's binnenkort uitgerust met een soort grote koptelefoon of 'hoofdspoel' waar de patiënt met het hoofd in komt te liggen. Hierdoor is het geluid veel gedempter. Met als extraatje nog een videoscherm dat in de hoofdspoel is verwerkt waardoor de patiënt naar rustgevende beelden kan kijken. Echt leuk zal het onderzoek niet snel worden, alhoewel een enkeling daar anders over denkt, maar al deze nieuwe stappen maken MRI-onderzoek in het MCL wel een stuk aangener dan voorheen. Dat komt volgens Annette Schoof de kwaliteit van het onderzoek ten goede. ■

Lang wachten bij een opname?

DAT HOEFT TEGENWOORDIG NIET MEER

ALS JE GEOPEREERD MOET WORDEN, WIL JE JE ALS PATIËNT HET LIEFST ZO KORT MOGELIJK VAN TEVOREN IN HET ZIEKENHUIS MELDEN. GELUKKIG HOEFT TEGENWOORDIG NIEMAND NOG ONNODIG LANG TE WACHTEN. DANKZIJ DE NUCHTERE OPNAME AFDELING (NOA).

tekst: Marte van Santen fotografic: Memno de Boer

Dertig jaar geleden ging het heel anders. Dat dacht Erik de Vries (72) toen hij zich op een grijze donderdagochtend in april meldde op de Nuchtere Opname Afdeling (NOA) van het MCL. Hij kwam er voor de behandeling van een 'oudemannenprobleem', zoals hij het zelf noemt: een (goedaardige) vergroting van zijn prostaat, waardoor hij moeilijker kon plassen. "Ik had ervoor gekozen om de ingreep onder volledige narcose te ondergaan", vertelt hij vanuit zijn huis in het Friese Noordwolde. "Ik moest een nachtje worden opgenomen. Omdat ik na de operatie verhoging kreeg, werden dat er uiteindelijk twee."

Om kwart over elf werd meneer de Vries op de NOA ontvangen. Daar kreeg hij te horen dat hij anderhalf uur later al naar de operatiekamer zou worden gebracht. Veel sneller dan hij had gedacht. "Blij toe", zegt hij, "want ik had 's ochtends natuurlijk niets gegeten. De verpleegkundige nam uitgebreid de tijd voor me. Ze legde precies uit wat me allemaal te wachten stond. Heel prettig dat ze zoveel aandacht voor me had. Het versterkte mijn gevoel van rust en vertrouwen." De laatste ziekenhuisopname van meneer de Vries was decennia geleden. Toen werd hij (in een ander ziekenhuis) op een verpleegafdeling opgenomen om aan een hernia te worden geopereerd. "De verpleegkundigen hadden natuurlijk wel meer te doen dan alleen mij te begeleiden. Het hele proces was daardoor een stuk hectischer. Een totaal andere ervaring dan nu."

Geruststellend

Tot niet zo lang geleden ging het in het MCL óók zo. Patiënten meldden zich voor een ingreep op de betreffende verpleegafdeling. Door de drukte daar moesten ze soms uren wachten voor ze daadwerkelijk werden geopereerd. Of ze werden zelfs de avond ervoor al in het ziekenhuis opgenomen. Niet prettig als je toch al nerveus bent. Dat moet anders en beter kunnen, dacht Annie Faber. Zij werkt al meer dan 33 jaar in het MCL, sinds 2012 als unithoofd van het daghospitaal. Geïnspireerd door de aanpak in andere ziekenhuizen bedacht ze samen met collega's en afdelingshoofd opname Bert Jeeninga een plan voor een speciale afdeling, waar

verpleegkundigen zich uitsluitend bezighouden met het opnemen van patiënten. Dat werd dus de NOA, met vier bedden. "In april 2019 zijn we gestart", aldus Annie. "Inmiddels komen bijna alle operatiepatiënten via de NOA binnen. Dagelijks zien we tussen de tien en twintig patiënten. Vrijwilligers halen ze op in de centrale hal en brengen ze naar ons toe. Vervolgens kunnen we in alle rust de intake doen en ze voorbereiden. We merken dat patiënten dat heel fijn vinden. Ze zitten vaak vol vragen. Soms zijn ze ook onzeker of angstig. Dan is het heel geruststellend als een verpleegkundige er helemaal voor je is." Als unithoofd is Annie verantwoordelijk voor de organisatie en de logistiek van de afdeling. Die laatste is nog het meest ingewikkeld. Het blijkt namelijk een hele puzzel om op het juiste moment de juiste bedden van de juiste afdelingen te krijgen. "Maar uiteindelijk komt het altijd goed."

Zo ontspannen mogelijk

De verpleegkundigen van de NOA werken het merendeel van de tijd in het daghospitaal van het MCL. (Daar worden ingegrepen gedaan bij patiënten die dezelfde dag weer naar huis kunnen.) Gemiddeld eens in de twee of drie weken draaien de verpleegkundigen twee NOA-diensten. Een van hen is Naomi Verheul, die sinds 2014 in het MCL werkt, waarvan de laatste vier jaar bij het daghospitaal. Ze vindt het werk op de NOA een waardevolle aanvulling. "Er zijn hier maximaal acht patiënten tegelijk", vertelt ze tijdens haar NOA-dienst. "En we hebben er maar één taak: mensen zo goed mogelijk

Waarom nuchter?

Voor veel operaties moet je als patiënt nuchter zijn. Dat wil zeggen dat je een bepaalde tijd voor de ingreep niet mag eten en drinken, zodat er bij de anesthesie niets meer in je maag zit. Dit is belangrijk, omdat allerlei normale lichaamsreflexen door de verdoving niet meer of minder goed werken. Je hoestreflex bijvoorbeeld. Zou je toch iets in je maag hebben, dan kan dat tijdens de operatie omhoogkomen en in je luchtweg belanden. Overigens moet je bij elke vorm van anesthesie nuchter blijven. Dus óók bij een ruggenprik.



op hun operatie voorbereiden. Daardoor kunnen we meer tijd voor ze nemen. Dat maakt het contact vaak intenser. Bovendien komen hier patiënten met allerlei soorten aandoeningen. Zo is geen dag hetzelfde." Bij een opname checkt ze onder andere de gegevens van de patiënt, helpt ze hem of haar omkleden, dient ze zo nodig medicatie toe en zet zijn of haar persoonlijke spullen klaar voor vervoer. (Vrijwilligers brengen die naar de afdeling waar patiënten uiteindelijk komen te liggen.) Maar minstens zo belangrijk zijn de gesprekken die Naomi voert. "Bijna iedereen is gespannen voor een operatie. Het geeft veel voldoening als je die zorgen - grotendeels - kunt wegnemen. Veel mensen zijn bijvoorbeeld bang om niet meer wakker te worden uit een narcose. Als we goed uitleggen hoe die precies in zijn werk gaat, vermindert dat de angst. Patiënten die erg tegen prikken opzien, kunnen we verdovende zalf geven. Op die manier proberen we de ervaring voor iedereen zo ontspannen mogelijk te maken."

Win-win

Met de komst van de NOA is het opnameproces al met al een stuk patiëntvriendelijker geworden. "Dat is natuurlijk waar we het uiteindelijk voor doen", besluit Annie. "Tegelijkertijd hebben verpleegkundigen op de verpleegafdelingen meer tijd om zich op

andere taken te richten. Het is dus win-win." Ze had gedacht dat patiënten het vervelend zouden vinden dat ze de verpleegkundige die hen opneemt na de operatie niet meer terugzien. Maar dat blijkt reuze mee te vallen. "Het feit dat ze bij ons in alle kalmte worden voorbereid, weegt veel zwaarder." Dat beaamt Erik de Vries, die met een goed gevoel op zijn ziekenhuiservaring terugkijkt. "Ik vind de NOA echt een aanwinst. Wat mij betreft had de opname niet beter kunnen verlopen." ■

**"WE PROBEREN
DE ERVARING
VOOR
IEDEREEN ZO
ONTSPANNEN
MOGELIJK TE
MAKEN."**

“KWETSBAARHEID IS KRACHTIG”

Tijdens de uitbraak van het COVID-virus in Italië zag geestelijk verzorger Jan Willem Uringa de aangrijpende emoties van het Italiaanse ziekenhuispersoneel.

We moeten ons voorbereiden, dacht hij. “We hebben een goede structuur voor psychologische ondersteuning van medewerkers, maar deze pandemie zorgt voor absurde situaties. Ik vond het noodzakelijk onze structuur te versterken want op het moment dat het virus het ziekenhuis bereikt en je bent er niet goed op voorbereid, loop je achter de feiten aan. Dat is een hel.”

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer



"DE HELE ORGANISATIE WIST VROEGTIJDIG DAT DE EMOTIONELE ONDERSTEUNING BESCHIKBAAR WAS, DAT GAF RUST"

Uringa formeerde een stuurgroep met medische psychologie, psychiatrie, Medisch Maatschappelijk Werk, geestelijke verzorging, VAR, ARBO, P&O en Communicatie. "We hebben de peersupport, dat is dat artsen andere artsen opvangen, er is de AOT waarin verpleegkundigen andere verpleegkundigen opvangen en we hebben de bereikbaarheidsdienst van de geestelijke verzorging. Die lijnen hebben we al en die hebben we versterkt. Zo konden we makkelijker de thermometer steken in de IC-afdelingen en speciale COVID-verpleegafdelingen en goed zicht houden op wat er speelt en welke druk dat met zich meebrengt."

Triage

Volgens Uringa was het noodzakelijk dat de hele organisatie vroegtijdig wist dat de emotionele ondersteuning beschikbaar was als je daar prijs op stelde. "Dat is mentaal goed. Dat geeft rust en dan win je al veel van de crisis. De wetenschap dat die ondersteuning er was, was voor veel mensen voldoende." Het verlenen van emotionele ondersteuning is maatwerk, benadrukt Uringa. "Waar mensen mee zitten is persoonlijk. Er bestaat geen standaardtraject waar je in terecht komt als je emotionele problemen ervaart in je werk. Soms geeft een enkel gesprek al voldoende steun aan iemand en in andere situaties is een reeks gesprekken nodig. De geestelijk verzorger doet als het ware de triage. Die bekijkt of een specifieke hulpvraag iets is voor de geestelijke verzorging of dat psychologie of maatschappelijk werk de beste ondersteuning kan geven. Het multidisciplinaire aspect hiervan is juist zo mooi. Dat we alles achter de hand hebben om te doen wat nodig is. Doordat we de huidige structuur goed benutten, konden we ook dit goed organiseren."

Absurde situaties

De emoties op de IC en op de specifieke COVID-verpleegafdeling waren specifiek. Men wist wat het COVID-virus kan doen, zegt Uringa: "Er waren situaties dat een patiënt er weer bovenop leek te komen en dat zijn toestand toch plotseling verslechterde en de patiënt overleed. Dat hakt er dan hard in. Want ook al is het overlijden van patiënten onderdeel van het werk, de hele setting

met die COVID-uitbraak was anders. Dat werkt dan ook anders in de emotie. Het is evenwel een andere emotie dan het gevoel van falen en tekortschieten. Die gevoelens kwamen we tegen toen er een onverwachte uitbraak kwam op de oncologie- en dialyseverpleegafdeling. Medewerkers voelden zich schuldig aan de uitbraak. Men was bang zelf de bron van verspreiding te zijn en dat ze de patiënten van de regen in de drup hielpen. Toen ontstond een piek in de vraag naar ondersteuning. We lieten de medewerkers vooral weten dat we de gevoelens erkennen, herkennen, maar ook dat een COVID-uitbraak voor absurde situaties zorgt. Daarin kun je jezelf dit soort gevoelens niet kwalijk nemen. Je eigen emoties zijn altijd normale reacties, maar nu in een abnormale situatie."

Emotioneel weerbaar

In het MCL is de saamhorigheid versterkt. "Men zorgt voor elkaar", zegt Uringa. "Medewerkers op de IC en op de speciale corona-verpleegafdelingen vragen elkaar aan het eind van elke dienst hoe het was en of er iemand nog ergens mee zit. Die 'check-out' is belangrijk. Het is de bedoeling dat niemand de deur uit gaat zonder dat die vraag gesteld is. Artsen en verpleegkundigen zijn twee verschillende bolwerken op afdelingen. Het werkt heel goed dat artsen elkaar op problemen aanspreken en helpen en verpleegkundigen andere verpleegkundigen helpen. Die aanpak heeft voordelen voor de zorg. Ik denk dat wij emotioneel weerbaar personeel hebben, dat er een goede onderlinge sfeer is en het gevoel overheerst dat we het samen doen in het MCL. We durven elkaar de vraag te stellen 'kan ik met jou deze dienst in?' Alles is bespreekbaar. Kwetsbaarheid is ook krachtig. Het gevoel dat je kwetsbaar in je werk mag zijn, geeft ruimte en veiligheid. Dat je elkaar daarnaar kan en mag vragen is krachtig. Ik ben erg trots op de structuur die we hebben en die we hebben versterkt. Het is iets van ons samen. In de maatschappij zie je veel initiatieven die zijn gericht op de zorg voor jezelf. Ik wilde juist de nadruk leggen om op elkaar te letten. De slogan van het MCL 'Gehoord, gezien, geholpen', geldt dus niet alleen voor patiënten, maar zeker ook voor het personeel zelf." ■

Cijfers IN BEELD

Resultaat



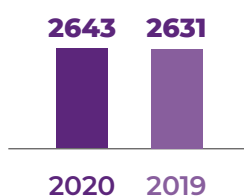
Dit goede financiële resultaat komt voort uit het bezuinigingsplan 'Financieel Gezond' en uit vergoedingen voor coronazorg.

Het resultaat is nodig om in de toekomst **nieuwbouw** te kunnen financieren en realiseren.

Personeel

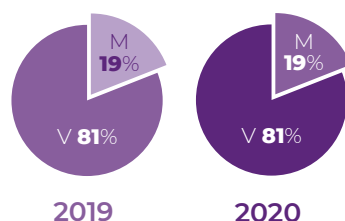
PERSONEELSLEDEN

Ingezet aantal (FTE)

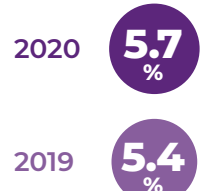


VERDELING

man (M) / vrouw (V)



ZIEKTEVERZUIM



2020:

Polibezoeken
2020 **382.791**
2019 **343.263**

Consulten op afstand
2020 **124.786**
2019 **54.326**

Dagverpleging
2020 **20.805**
2019 **23.051**

Opnamen
2020 **22.599**
2019 **25.258**

Verpleegdagen
2020 **107.804**
2019 **124.325**



Opleiding & onderzoek

	'20	'19	'18
Coassistenten	170	222	190
Overige stages			
coassistenten	30	70	48
Arts-assistenten i.o.	95	88	97
Stagiaires			
Mbo-V / Hbo-V	219	267	355
Vervolgopleidingen			
verpleging	111	116	104
Totaal	625	764	794

Wetenschappelijk onderzoek

In 2020 zijn 111 onderzoeken goedgekeurd. (2019: 82). Ook zijn 227 wetenschappelijke publicaties verschenen (2019: 224).

Topklinische zorg



Het MCL beschikte als **STZ-ziekenhuis** in 2019 over **vier topklinische** erkenningen. Daar kwamen in **2020** nog eens **zeven** bij. De komende jaren streeft het MCL naar verdere **uitbreiding** van het aantal **erkenningen** in het **zorgregister** van de STZ. Zorg is topklinisch als er **excellente patiëntenzorg** is, voldoende **opleidingsmogelijkheden** bestaan en regelmatig **onderzoek** naar de ziekte wordt gedaan door de **specialisten**.

COVID-19

Personeelsplanning

1^E GOLF

+150 NIEUWE COLLEGA'S



Er was acuut personeel nodig: in **5 weken** tijd zijn **150 nieuwe collega's** aangenomen, bestaande uit (oud-) **verpleegkundigen, helpenden, facilitair medewerkers** en **kamer-assistenten**.

Co-assistenten hebben zich, na sluiting van de universiteiten, volop ingezet op Corona-afdelingen met onder andere **triage** en het **testen** van kwetsbare patiënten in de regio met een afspraak bij het MCL. (Nog) **Niet-afgestudeerden** en **verzorgenden** uit andere sectoren (thuiszorg, verpleeghuizen) zijn ingezet om te helpen.

Het ziekenhuis is ingericht op **'1,5 meter'**, reguliere zorg is **afgeschaald** en er zijn enorme hoeveelheden **beschermingsmiddelen** (mondkapjes, handschoenen, schorten en desinfectiemiddelen) aangeschaft.

2^E GOLF

DE REGULIERE ZORG ZO WEINIG MOGELIJK AFSCHALEN



MCL koos voor een **integrale** benadering met **alle collega's** van **alle afdelingen**. Dit heeft geleid tot een gedegen plan waarmee het MCL zo goed mogelijk **veilige zorg** kon blijven bieden binnen de reguliere, acute en **Coronazorg**.

De vraag wie op **vrijwillige basis** in het geval van een tweede golf naar de **IC, SEH** en de **Covid/cohort afdeling** (M) wilde en wie op deze of eigen afdelingen extra uren wilden draaien, leverde **honderden reacties** op. Dit maakte het mogelijk om **speciale teams** op te richten en zo kon de **zorg** en **hoge kwaliteit** geborgd blijven. De **MCL Academie** zorgde voor **extra scholing** ter voorbereiding op het werken op de SEH, de IC of de Covid/cohort afdeling.

Ondersteuning

Corona heeft een **grote impact** gehad, ook op de **medewerkers**. Om de veiligheid te borgen, is al in **mei 2020** een eigen Corona **teststraat** ingericht. Daardoor hadden medewerkers snel duidelijkheid of ze besmet waren of niet en kon het ziekenhuis medewerkers die niet besmet waren, blijven inzetten.

Samen met de geestelijke verzorging is een plan gemaakt voor **emotionele ondersteuning**. Volgens het principe 'collega helpt collega' stonden 24 uur per dag **professionals** klaar om hun collega's, die dat nodig hadden, ondersteuning te bieden. Dat is zeer gewaardeerd en deze teams staan ook in **2021** nog klaar.



Voor de **8^e keer op rij** heeft het MCL begin 2020 het **gouden** certificaat **'Milieuthermometer Zorg'** met Milieukeur ontvangen. Deze milieucertificering bekrachtigt het duurzaamheidsbeleid van het MCL.



Duurzaamheid

Het afgelopen jaar is er gewerkt aan een **routekaart Energietransitie en Verduurzaming**. Conform de vereiste wetgeving streeft het MCL ernaar om **na 2030** geen gebruik meer te maken van **fossiele brandstoffen** voor de primaire energie-opwekking. In **2030** dient minimaal een **CO₂-reductie van 50 procent** te worden behaald, met als einddoel in **2050 volledig fossielvrij** te zijn.



VERBRUIK GAS
2020 **3.036.755 m³**
2019 **3.037.103 m³**



VERBRUIK WATER
2020 **87.634 m³**
2019 **103.587 m³**



VERBRUIK ELECTRA
2020 **16.841.390 kwh**
2019 **17.368.965 kwh**



UITSTOOT CO₂
2020 **7.813 ton**
2019 **8.489 ton**

NAZORG MOET STARTEN OP DE IC

EEN TIJDJE OP DE INTENSIVE CARE (IC) GAAT JE NIET IN DE KOUWE KLEREN ZITTEN. ZWAK UITGEDRUKT. VOOR VEEL PATIËNTEN IS EEN PERIODE OP DE IC EEN HEFTIGE ERVARING WAAR ZE LANGDURIG LAST VAN HOUDEN. FYSIEK, MAAR SOMS OOK MENTAAL. EX-IC-PATIËNTEN VERDIENEN DAN OOK GOEDE NAZORG, ZEGT LISE BEUMELER, PROMOVENDA AAN DE RUG/CAMPUS FRYSLÂN EN HET MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN. "DAAR MOETEN WE OP DE IC AL MEE BEGINNEN."

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer





Sinds 2012 heeft het MCL een nazorgpoli voor IC-patiënten. Beumeler onderzoekt daar al een paar jaar de gevolgen van IC-opname voor patiënten en het herstel erna. "Het is algemeen bekend dat een paar dagen op een IC en aan de beademing een enorme fysieke impact heeft. Een lichaam eet als het ware de eigen spieren op om het herstel aan te kunnen. Dat is ook de meest gehoorde klacht van patiënten die wat langer op de IC hebben gelegen: spierverslies, krachtverlies en vermoeidheid. In het ziekenhuis worden patiënten hierin nog wel begeleid maar eenmaal thuis moeten ze meestal zelf zorgen dat ze verder herstellen. Daar gaat het vaak mis."

Schop onder je kont

Beumeler analyseerde de gegevens van 250 patiënten die tussen 2012 en 2018 langer dan twee dagen op de IC hebben gelegen en op de multidisciplinaire nazorgpoli zijn geweest. Eenentachtig patiënten volgde ze een jaar lang. Ze sprak geregeld met ze, op de nazorgpoli, telefonisch of bij hen thuis aan de keukentafel. "We zagen dat 44% van de patiënten na een jaar nog niet voldoende fysiek hersteld waren. Dat konden we ook al vroeg signaleren, na ongeveer drie maanden al. De patiënten gaven aan dat ze geen kans zagen om hun herstel te verbeteren. Dat is wel begrijpelijk. Op een IC wordt gevochten voor het leven van patiënten en de zorg is prima. Als de ingreep is geslaagd, wordt de patiënt van de IC overgebracht naar een verpleegafdeling en dan door naar een revalidatiekliniek of naar huis. Dat is de gebruikelijke gang van zaken. Maar eenmaal thuis ervaren veel patiënten fysieke problemen doordat ze zijn afgevallen en minder spierkracht hebben. Thuis hebben ze daar vaak geen hulp bij. De meeste huisartsen hebben nauwelijks ervaring met nazorg van IC-patiënten en lotgenoten om mee te sparren zijn er meestal niet. De patiënt moet zijn eigen verdere herstel zelf organiseren. Maar als je doodmoe bent, is het zwaar om jezelf een schop onder je kont te geven om van die bank af te komen. En doe je het niet, dan wordt het ook niet beter en blijf je maanden, zo niet blijvend in de problemen zitten. Die nazorg thuis moeten we regelen."

Boodschappen kunnen doen

Beumeler startte eind 2020 met een revalidatieprogramma. "Ik zie dat als een vorm van zorgvernieuwing en uitbreiding van de nazorg. Nu krijgen patiënten op de IC, zodra ze wat kunnen

bewegen, kleine oefeningen te doen. Ook is op IC's al veel onderzoek gedaan naar hoe patiënten het best voedingsstoffen zoals eiwitten en energie toegediend kunnen krijgen voor een beter en snel herstel. Maar is er nog heel weinig bekend over wat er gebeurt als je die twee dingen combineert in het natraject. In dit revalidatieprogramma proberen we dat. We helpen de patiënten met bewegen, proberen de spieropbouw en conditie te verbeteren en tegelijkertijd te zorgen dat ze genoeg voedingsstoffen krijgen om weer die opbouwfase in te gaan. Patiënten gaan twaalf weken lang twee keer per week in het ziekenhuis, in groepsverband, sporten onder begeleiding van een fysiotherapeut. Bijkomend voordeel is dat ze daar wat lotgenotencontact hebben. Bij de start van het programma neemt de fysiotherapeut bij elke patiënt een vragenlijst af met als doel: waar sta je in je herstel en wat wil je uiteindelijk bereiken? We kijken daarbij niet naar een soort gemiddelde, maar naar wat de individuele patiënt zelf aangeeft. Zo wil de één op termijn graag zijn boodschappen kunnen halen en een ander wil weer hele einden kunnen fietsen of wandelen. We kijken wat daarvoor nodig is en waar we in de training bij die patiënten op moeten letten. Daarnaast krijgen de patiënten nog voedingsadvies. Als we in de eerste meting zien dat ze tekorten hebben, krijgen ze supplementen."

'Herstelzorg'

Beumeler ziet graag dat de nazorg voor IC-patiënten al in het ziekenhuis begint en goed wordt overgedragen aan andere zorgverleners buiten het ziekenhuis. "We hebben allemaal een verantwoordelijkheid, multidisciplinair. We moeten zorgen voor een betere afstemming met andere zorgverleners zoals buurtzorg, huisartsen en fysiotherapeuten zodat we ook buiten

het ziekenhuis patiënten helpen om de kwaliteit van hun leven weer te verbeteren. Wat kunnen we aan de zorg toevoegen? Huisbezoek werkt, dat is wel gebleken. Patiënten voelen zich dan meer erkend in hun problematiek en er zijn meer opties om patiënten goed te kunnen volgen. Ook door zorg op afstand mogelijk te maken, bijvoorbeeld met beeldbellen en te zorgen dat men niet voor alles naar het ziekenhuis hoeft. We moeten 'herstelzorg' organiseren. Dat is een vorm van zorgvernieuwing. Dat moeten we vanuit de regio oppakken, zodat ook vanuit andere ziekenhuizen eenzelfde ondersteuningsprogramma wordt aangeboden."

"WE KIJKEN NIET NAAR EEN SOORT GEMIDDELDE, MAAR NAAR WAT DE INDIVIDUELE PATIËNT ZELF AANGEEFT"

Beumeler beseft zich terdege dat er nog een lange weg te gaan is om dit goed te organiseren. Dat begint bij een breed gedragen erkenning van de noodzaak. Wellicht klinkt het raar, maar de COVID-pandemie helpt daar volgens Beumeler toch een beetje bij. "COVID maakte het onderzoek moeilijker omdat de contactmomenten ingewikkelder werden. Maar de media besteedt ook meer aandacht aan de problemen die zo'n IC-opname kan veroorzaken als een patiënt weer thuis is. Veel COVID-patiënten hebben maanden na

hun IC-opname nog revalidatieproblemen. De extra aandacht daarvoor is goed zodat mensen zich meer bewust worden van het feit dat deze patiënten er thuis in hun revalidatie alleen voor staan. Het gaat om dezelfde problemen. Het maakt niet zoveel uit met welke diagnose, welk achterliggend medisch probleem je op de IC bent beland. Of het nu een COVID-besmetting, een trauma of hartingreep is geweest. De problemen ontstaan door de tijdsduur van opname en de mate waarin je lichaam kan herstellen. De Corona-tijd maakte het gebrek aan nazorg na IC-opname pijnlijk duidelijk." ■

Een gebroken arm van een kindje van zes jaar, een reanimatie van een mevrouw van 88 jaar, een persoon met corona-gerelateerde klachten, een trauma met meerdere slachtoffers, een zwangere vrouw die gevallen is met de fiets. Allemaal voorbeelden van werkzaamheden van onze spoedeisendehulp-verpleegkundigen, waarbij je nooit weet hoe de dag eruit komt te zien.

tekst: Leanne Wink-Miedema | fotografie: Jeroen Adema

Van gipsen tot reanimeren

Werken op de spoedeisende hulp van het MCL

"JE BEPAALT ZELF WELKE MIDDELEN JE IN WILT GAAN ZETTEN"

Hoe is dat eigenlijk, werken op de spoed? En nog belangrijker: hoe word je als algemeen verpleegkundige een spoedeisendehulpverpleegkundige?

In gesprek met spoedeisendehulpverpleegkundige Agnes Loonstra. Agnes (29) had van jongs af aan al de droom om spoedeisendehulpverpleegkundige te worden. Dat zij wilde werken in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) was Agnes dan ook al snel duidelijk. Agnes: "Het MCL is een groot ziekenhuis dat alles heeft en waar geen enkele dag hetzelfde is. Daarnaast is het een ziekenhuis met veel doorgroeimogelijkheden. Ik wist al snel dat ik niet op een gewone verpleegafdeling wilde werken. Het MCL was voor mij de plek waar ik moest zijn." Agnes studeerde in 2012 af als verpleegkundige en solliciteerde bij Servicebureau Tijdelijk Werk (STW) van het MCL. Ze werd aangenomen en een vast contract volgde. De eerste paar jaren maakte Agnes voornamelijk vliegreuven als verpleegkundige. Zo belandde ze al vrij snel op de afdeling interne geneeskunde. Agnes: "Interne specialismen heb ik altijd al heel interessant gevonden. De complexiteit trok mij heel erg aan. Gedurende mijn werkzaamheden op deze afdeling kwam ik erachter dat ik de acute casussen erg interessant vond. Wat ik lastig vond aan werken op de verpleegafdeling is dat je een x-aantal patiënten hebt die je moet verplegen. Soms baalde ik dan als ik een acute situatie kreeg, want dat was juist het meest interessant. De spoedeisendehulp was de plek waar ik naartoe moest." Na vijf jaar ervaring opdoen, besloot Agnes te solliciteren.

Wie niet waagt, wie niet wint

Voordat Agnes solliciteerde naar de opleidingsplek van spoedeisendehulpverpleegkundige twijfelde ze. Was ze niet te jong? En had ze wel genoeg ervaring? Iedereen in haar omgeving zei dat ze het gewoon moest proberen. Agnes solliciteerde, mocht op gesprek komen en werd aangenomen. Agnes: "Wie niet waagt, wie niet wint. Ik kreeg een opleidingsplek met de garantie dat als ik de opleiding haalde ik een vast contract zou krijgen. Werken op de spoed voelde als thuiskomen."

Als verpleegkundige van de interne geneeskunde afdeling kwam Agnes al geregeld op de spoed. Een vreemde was zij dus al niet meer. Agnes: "Ik kende al veel mensen, dat scheelde. Daarnaast ben ik begonnen met mijn opleiding tot spoedeisendehulpverpleegkundige op de oude spoed van het MCL. Ik heb hierdoor ook de verhuizing naar de prachtige nieuwe spoed meegemaakt. Ook dat is een hele beleving dat je echt samen met het team doet."

De juiste keuze

Agnes ging aan de slag met haar opleiding, slaagde met vlag en wimpel en was direct op haar plek. Agnes: "Van veel mensen om mij heen hoorde ik dat ze vonden dat ik echt de goede keuze had gemaakt. Natuurlijk moest ik wennen, het is een andere manier van werken. Maar daar krijg je de tijd en de kans voor. Je doet daarnaast niet voor niets de opleiding. Het behandelen van mijn eerste 'eigen' patiënten verliep dan ook heel goed. Als spoedeisendehulpverpleegkundige heb je een hele andere rol ten opzichte van de patiënt. Je maakt veel meer je eigen beslissingen. De eerste opvang doe je alleen. Je bepaalt zelf welke middelen je in wilt gaan zetten. Je hebt meer eigen regie als verpleegkundige en ook een grote verantwoordelijkheid." Naast dat het belangrijk is dat je als medewerker van het MCL werkzaamheden uitvoert die je leuk vindt, is ook de sfeer binnen een team erg belangrijk. Vanuit het team worden geregeld leuke activiteiten georganiseerd. Helaas nu in een andere vorm dan normaal gesproken. Maar de digitale pubquiz was een groot succes. Agnes: "Juist door het doen van activiteiten die wel kunnen, blijven we beter in verbinding met elkaar. Ook dit zorgt voor een betere samenwerking op de werkvloer."

Blijven ontwikkelen

Momenteel werk Agnes meer dan vier jaar op de spoed. Jezelf blijven ontwikkelen is erg belangrijk. Agnes: "In elk jaargesprek, of tussendoor, bespreek je met je leidinggevende wat je wilt qua ontwikkelingen. Zijn er bepaalde werkgroepen, bijvoorbeeld rampenscenario's, waar je je bij wilt aansluiten? Of wil je misschien wel regieverpleegkundige worden? Of een andere opleiding? Doordat het MCL een opleidingsziekenhuis is zijn er mogelijkheden zat. Daarnaast is geen enkele dag op de spoedeisende hulp hetzelfde." Agnes: "We zien in ons ziekenhuis ontzettend veel diverse casussen. Van het gipsen van een gebroken arm, het hechten van een wond tot een reanimatie. Juist die diversiteit, maakt het werken op de spoedeisende hulp van het MCL ontzettend leuk!" ■



Wil jij ook komen werken bij #teamMCL?
Of alvast even digitaal sfeer proeven?
Bekijk dan het filmpje van Agnes op de werkvloer.



“Experts in pijn”

Wanneer je altijd pijn hebt kan dit op vele aspecten in je leven invloed hebben. Misschien slaap je door de pijn wel minder goed of lukt het eten niet. Misschien heeft de pijn zelfs wel invloed op jouw humeur en je sociale leven. Langdurige pijnklachten leiden tot vele belemmeringen.

tekst Leanne Wink-Miedema fotografie Menno de Boer



“Vaak begeleiden we ook mensen in het natuurlijke herstel door goed om te leren gaan met de pijn”

Anneke

In het Medisch Centrum Leeuwarden is er een centrum voor pijnbestrijding. Op de pijnpoli onderzoeken en behandelen we patiënten met vele verschillende chronische pijnklachten. Ons pijnteam, bestaand uit vijf artsen, twee verpleegkundig specialisten en assistenten, zetten zich in om pijn te verminderen. Aan het woord anesthesiologen en pijnspecialisten Anneke Krul en Renske Steenstra.

Bij pijnpatiënten is goed onderzoek en de juiste diagnostiek een absolute voorwaarde. Het is namelijk best vaak zo dat we geen goede diagnose hebben. Bij pijnpatiënten is een goede diagnose een absolute voorwaarde om te komen tot een goed resultaat van behandelingen. Dit vergt specifieke kennis. Voordat een behandeling gestart kan worden, wordt eerst gekeken of het medisch onderzoek goed uitgevoerd is. Naast het medisch onderzoek kijken Anneke en Renske ook naar hoe iemand verder in het leven staat. Renske: “Door een vragenlijst in te vullen weten we hoe men in het leven staat. Hoe het bijvoorbeeld thuis of op je werk gaat kan invloed hebben op hoe de patiënt de pijn ervaart en andersom.”

Anneke: “Soms lijkt het namelijk of alles klip en klaar is, maar door het doen van onderzoek kom je toch tot de conclusie dat een patiënt een MRI-onderzoek moet of naar de neuroloog. Bij elke casus vragen wij ons af wat de oorzaak is en of er voldoende onderzoek gedaan is.” De pijn die patiënten hebben varieert. Van hernia tot aangezichtspijn. Ten eerste wordt er door Anneke

en Renske gekeken of de oorzaak van de pijn weggehaald kan worden. Renske: “Waarbij het belangrijk is om te weten dat wij ernaar streven om vijftig procent van de pijn weg te kunnen halen. Het verwachtingspatroon is erg belangrijk. We proberen patiënten bepaalde handvatten te geven. Gedurende onze behandeling werken we ook nauw samen met onder andere een psycholoog. Als pijnspecialisten willen we ervoor waken dat mensen naar ons worden doorverwezen omdat de pijn iets psychisch is. Dat is niet zo. We benaderen elke casus van twee kanten. Als de zon schijnt en je zit lekker in je vel, dan kun je veel meer hebben dan wanneer je net veel tegenslagen hebt gehad, aldus Anneke.”

Op de pijnpoli worden veel patiënten geholpen door middel van gecombineerde behandelmethodes. Renske: “Niet alles kun je behandelen met een prik. Een voorbeeld is een prik die gezet wordt bij pijn door een hernia. We doen dan een zogenoemde wortelblok. Vaak gaat het na zo'n prik een stukje beter, maar we laten ook de natuur zijn werk doen.” Anneke: “Vaak begeleiden we ook mensen in het natuurlijke herstel door goed om te leren gaan met de pijn, bijvoorbeeld door het gebruiken van bepaalde medicijnen. Pijn is soms ook een stukje acceptatie waardoor er beter met de pijn te leven valt.” Een rugoperatie kan helpen om de uitstralingspijn naar de benen weg te halen. Dit kan komen doordat de zenuwen van de rug in de knel zitten. De rugpijn zelf is vaak een complexere pijn. Renske: “Rugpijn ontstaat vaak door versleten ruggenwervels en de aanhechting van de spieren. Als je wat ouder wordt, wordt dit allemaal wat strammer en stijver. Dat is niet iets dat je door middel van een operatie kan verhelpen. We werken dan nauw samen met onder andere fysiotherapeuten om bijvoorbeeld andere spiergroepen sterker te maken waardoor pijn minder kan worden.”

Naast het samenwerken met psychologen, neurochirurgen en fysiotherapeuten wordt er ook samengewerkt met revalidatie Fryslân en met het palliatieve team. Anneke is daarnaast ook lid van het palliatieve team: “Palliatieve zorg gaat ook heel vaak over pijn. Het overgrote merendeel van de behandelingen van het pijnteam vindt in het ziekenhuis plaats. Maar enige tijd geleden ben ik bij een patiënt thuis geweest die baarmoederhalskanker



had en snel zou komen te overlijden. Deze patiënt had zoveel pijn dat zij niks meer kon. Het unieke aan deze casus was dat wij de behandeling thuis hebben gegeven, dit omdat als we de behandeling uitvoerden de pijn direct weg was. Dit doen we vrijwel nooit. Deze patiënt is uiteindelijk twee weken later overleden. Van haar man hoorden we achteraf dat die laatste twee weken door het verminderen van de pijn ontzettend waardevol waren geweest. Het welbevinden van de mens kunnen verbeteren, in wat voor situatie dan ook, daar doe je het als pijnspecialist voor.”

Vijftig procent van de pijn weg proberen te nemen. Dit betekent in de praktijk dat niet alle pijn weggehaald kan worden. Soms ontstaan ook op een andere manier successen. Renske: “Een patiënt die een hernia had wilde niet geopereerd worden. We hebben haar vervolgens met medicatie begeleid. Daarna had ze veel moeite om van specifieke medicatie af te komen. Uiteindelijk is dat gelukt. Ook dat zijn grote cadeaus, als arts zijnde.”

Naast het aanbieden van behandelingen is er ook het Pijn Educatie Programma (PEP). Binnen het PEP vinden in groepsverband sessies plaats over hoe je beter kan leven met pijn en daardoor ook minder pijn hebt, want pijn heeft een gigantische invloed op de kwaliteit van leven. Renske: “Dat is wat ik zo intrigerend vind aan het hebben van pijn. Met de pijnpoli sta je midden in de samenleving. Het menselijke aspect van het werk vind ik, gecombineerd met mijn anesthesiologiewerkzaamheden ontzettend interessant.” Anneke: “Als anesthesioloog kijken we naar de gehele mens voordat we deze verdoven of in slaap brengen. Als pijnspecialist kijk je op dezelfde manier naar je patiënten. Je moet constant blijven analyseren wat je ziet en daarop anticiperen. Daarnaast hebben we de patiënten een tijdje onder onze hoede, wat erg waardevol is. Vooraf weten we als pijnspecialist niet of we iemand kunnen helpen. Maar soms helpt het alleen al door er eens goed en rustig voor te gaan zitten.” ■

Meer weten over onze pijnpoli:

www.mcl.nl/centrum-voor-pijnbestrijding

"WERKEN ALS EEN GEOLIEDE MACHINE"

Het nut van Crisis Resource Management (CRM)
op de spoedeisende hulp (SEH)

tekst Leanne Wink-Miedema fotografie Menno de Boer

We bevinden ons in het jaartal 2005 in Engeland. Een jonge gezonde vrouw moet geopereerd worden aan haar amandelen. Ze is getrouwd met een piloot en moeder van twee jonge kinderen. Op de operatiekamer gaat het volledig mis. Het lukt het operatieteam niet om de luchtweg van deze vrouw vrij te krijgen. Te lang krijgt ze te weinig zuurstof. Hersendood is het gevolg. De vrouw overlijdt dertien dagen later. De man van de vrouw is sprakeloos. Hoe kon dit gebeuren?

Als piloot kan hij zich niet voorstellen dat het operatieteam niet volledig op elkaar was ingespeeld. Aan zijn kinderen wil hij kunnen meegeven dat de dood van hun moeder iets zinvol teweeg heeft gebracht. Het introduceren van Crisis Resource Management (CRM) in de gezondheidszorg is het gevolg. Ook in het Medisch Centrum Leeuwarden worden er elke week casussen getraind gekoppeld aan de CRM-principes. SEH-arts Willemijn van Hasselt vertelt.

In de luchtvaart bleek al veel eerder dat fouten die gemaakt worden vaak menselijk zijn (human factors), want mensen maken nu eenmaal fouten. In de luchtvaart, maar uiteraard ook in de gezondheidszorg, wil je dit zoveel mogelijk voorkomen. Willemijn: 'Je moet weten hoe je als team op elkaar ingespeeld bent en iedereen moet zich onderdeel voelen van het team en zijn/haar zegje durven doen, juist in stressvolle, acute situaties. Het bijzondere aan het verhaal van de jonge vrouw uit Engeland was dat er niemand de leiding nam. Iedereen zat volledig in zijn of haar tunnelvisie. Juist binnen het verlenen van zorg is het zo belangrijk dat je volledig op elkaar ingespeeld bent en dat je team functioneert als een geoliede machine. Maar dat vergt uiteraard onderhoud. Door het goed toepassen van de CRM-basisprincipes kun je als team zo optimaal mogelijk

samenwerken. Voorbeelden hiervan zijn dat er sprake is van goed teamleiderschap, je werkplek kennen, anticiperen en ook closed-loop-communicatie toepassen. Dit houdt in dat je het terugkoppelt als je de gekregen opdracht gedaan hebt.'

Elke dinsdagochtend om 08.00 uur wordt er op de SEH van het MCL een CRM-scenario getraind. Onder andere kinderscenario's (APLS), trauma-opvang (ATLS) en internegeneskundescenario's komen voorbij. Voor corona trainten we de traumacasiëstieken met lotusslachtoffers. Dit zijn acteurs die het scenario goed kennen en er levensecht als traumaslachtoffers uitzien om het trainen zo echt mogelijk te maken. Momenteel gebruiken we standaardpoppen waarbij je een ALSi gebruikt om de vitale parameters van de pop weer te geven op een monitor. Willemijn: 'Het idee van de training is om het scenario zo realistisch mogelijk na te bootsen. We proberen afhankelijk van de casuïstiek zoveel

mogelijk disciplines mee te laten trainen. Bij een trauma-opvang sluiten bijvoorbeeld idealiter naast de SEH-arts, SEH verpleegkundigen, AIOS SEH/CHI/ORTHO en röntgenlaboranten ook een traumachirurg, orthopeed en/of een anesthesioloog aan. Het scenario is vooraf uitgewerkt door de CRM-instructeur/begeleider waarbij uiteraard ook medische kennis aan bod komt, maar de nadruk ligt op de CRM-principes. Het streven is om met twee

personen een CRM-scenario te begeleiden, waarbij één persoon de gehele training observeert en de leiding neemt tijdens de nabespreking en de andere persoon het scenario begeleidt en de ALSi bedient. Van te voren wordt ook bepaald op welke CRM-principes we ons gaan richten, zodat er in de evaluatie goed besproken kan worden of de beoogde leerdoelen behaald zijn.'

Het scenario zelf duurt vaak maximaal 15 minuten; de evaluatie een stuk langer. Dan wordt er besproken welke zaken goed gingen en wat er beter zou kunnen, waarbij we ons dus juist richten op de menselijke factoren/CRM principes. Willemijn: "We bespreken altijd met het hele team na hoe het scenario is verlopen; eerst volgt een beschrijvende fase, vervolgens een analyserende fase en tot slot de leerpunten; wat neemt iedereen mee naar huis? Hoe ging bijvoorbeeld de communicatie? Was er goed leiderschap? Hoe was de taakverdeling? We halen uit elke training waardevolle informatie. Dat komt ook doordat de CRM-trainingen als een veilige leeromgeving worden gezien. Ook behandelen we geregeld casussen die we tegen zijn gekomen in de praktijk. Wat kan er in de toekomst beter? En hoe kunnen we dat trainen? We houden door middel van deze trainingen onszelf scherp." Trainen met de CRM-principes loont. Dat ziet Willemijn terug binnen de samenwerking van de teams van de SEH van het MCL. Willemijn: "Wij zijn ons bewust van de belangen van deze CRM-principes. Het komt de patiëntenzorg ten goede. Zo wordt bijvoorbeeld de closed-loop-communicatie nu veel meer toegepast. Door regelmatig te oefenen benoem je wat er beter kan en worden bepaalde handelingen steeds meer eigen. CRM-training blijft echter een geleidelijk leerproces, want welke principes we ook trainen: we steken er altijd iets van op."

De CRM-trainingen zorgen er niet alleen voor dat er gedurende het verlenen van zorg beter wordt samengewerkt, maar ook het nabespreken van een (heftige)echte patiëntenopvang, soms met overlijden tot gevolg, is heel waardevol. Willemijn: "mede door de CRM-trainingen is er meer bewustzijn om een echte patiëntencasus, als het kan, nog even te evalueren. Hoe vonden we bijvoorbeeld dat de opvang van een reanimatie verliep? Hoe kwam het dat het in het begin rommelig was? Hoe verliep de communicatie onderling? Was de werklast goed verdeeld? Hoe kunnen we dat in de toekomst beter doen? Uiteraard is er hierbij ook aandacht voor de emotionele aspecten van de betrokken teamleden. Een geoliede machine vergt onderhoud, niet alleen op dinsdagochtenden. De jonge vrouw uit Engeland had nooit op de operatiekamer mogen overlijden. Maar dat de CRM-trainingen, geïntroduceerd door haar man, de gezondheidszorg iets zinnigs hebben gebracht is een feit."



Checklist Crisis Resource Management

1. Kies je werkplek
2. Anticipeer en plan
3. Evalueer regelmatig (pas 10 voor 10 toe)
4. Vraag vroegtijdig om hulp
5. Toon leiderschap en volgerschap met assertiviteit
6. Verdeel de werklast
7. Mobiliseer alle beschikbare bronnen
8. Communiceer effectief (speak up)
9. Voorkom en bestrijd tunnelvisie
10. Gebruik alle beschikbare informatie
11. Corss- en dubbelcheck (doe geen aannames)
12. Gebruik cognitieve hulpmiddelen
13. Stel prioriteiten dynamisch bij
14. Verdeel je aandacht verstandig
15. Gebruik goed 'teamwork': coördineer en ondersteun



THUISMONITORING GEEFT HARTPATIËNTEN EEN VEILIG GEVOEL

HARTPATIËNTEN MONITOREN OP AFSTAND IS IETS WAT HET HART- EN VAATCENTRUM VAN MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN (MCL) AL JAREN DOET. DE GEZONDHEIDSSITUATIE VAN PATIËNTEN MET HARTFALEN KAN OP DIE MANIER GROTENDEELS THUIS IN DE GATEN GEHOUDEN WORDEN. HOE WERKT HET PRECIËS EN WAT ZIJN DE VOORDELEN VOOR DE PATIËNT? FLEUR BORGER VAN DER BURG (CARDIOLOOG), NANDA NAUTA-VAN DER ROEST (PACEMAKER/ICD TECHNICUS) EN GERRIT TONKELAAR (HARTPATIËNT EN ONDER BEHANDELING IN HET MCL) AAN HET WOORD.

tekst Erik Kofman illustratie Romy Stapert

Het monitoren van hartpatiënten heeft de afgelopen jaren een enorme vlucht genomen. Borger van der Burg: "Wij voeren controles van implanteerbare cardioverter-defibrillatoren (ICD's) uit via een thuismonitor. Deze patiëntengroep zou normaliter tweemaal per jaar naar het MCL moeten voor controle van hun inwendige defibrillator, één van die twee controles kan door deze techniek vanuit de thuissituatie. Door COVID-19 heeft dit nog meer een vlucht genomen, daardoor zijn er in 2020 weer veel patiënten op een thuismonitor aangesloten. Zo konden we, toen we poliklinische zorg moesten afschalen, toch continuïteit van zorg blijven bieden."

Hart- en vaatcentrum

Een ICD wordt onder plaatselijke verdoving en onder steriele omstandigheden ingebracht bij de patiënt. Een verrichting die in Friesland alleen in het MCL mag plaatsvinden, omdat het MCL een hart- en vaatcentrum heeft dat onder andere voor het uitvoeren van deze ingrepen een vergunning heeft. Met regelmaat komt een cardioloog vanuit het Antonius ziekenhuis in Sneek of vanuit Tjongerschans in Heerenveen in het MCL ICD's implanteren. Controles worden ook uitgevoerd in Sneek en in de nabije toekomst ook in de ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen. Het MCL kan dan bij vragen of problemen meekijken.

Borger van der Burg: "Een ICD wordt geplaatst bij mensen die al een keer een reanimatie vanwege kamerritmestoornissen hebben overleefd, maar ook bij mensen die daar een verhoogd risico op hebben. Het wordt onderhuids geplaatst en werkt als het ware als een waakhond. Er zijn ook ICD's die daarnaast nog extra pacemakerfuncties hebben die van belang zijn bij mensen met ernstig hartfalen." Tonkelaar draagt op advies van zijn arts al ruim 10 jaar een ICD. "Mijn hartkwalen waren dusdanig ernstig dat ik zonder ICD een overlevingskans van 50% zou hebben. Dus voor mij was destijds de keuze, neem ik het risico of kies ik voor een ICD. Ik heb voor zekerheid gekozen."

Werking ICD

Patiënten die deelnemen aan thuismonitoring krijgen een kastje mee naar huis. Nauta-van der Roest: "Wij implanteren verschillende merken ICD's en elk merk heeft zijn eigen thuismonitoringapparatuur. Zo'n kastje is klein en handzaam en dient geplaatst te worden bij het bed, zodat de afstand niet te groot is en de ICD 's nachts contact kan maken met het monitoringsysteem. Op het moment dat er ernstige problematiek zou zijn, denk aan draadbreken, ernstige ritmestoornissen of andere ernstige zaken, dan wordt er een signaal doorgegeven aan het systeem waarin wij als technici dagelijks kijken. Een soort extra veiligheid voor de patiënt." Borger van der Burg vult aan: "De

nieuwste ICD's hebben geen thuismonitoringapparatuur meer nodig, maar kunnen gecontroleerd worden via een app op de smartphone. Dat geeft nog meer vrijheid voor de patiënt."

Vroegtijdige herkenning ritmestoornissen

Borger van der Burg ziet veel voordelen in het vroegtijdig herkennen van minder ernstige ritmestoornissen zoals bijvoorbeeld boezemfibrilleren. Bij boezemfibrilleren is de hartslag onregelmatig en meestal te hoog, door een verstoring van de elektrische prikkels. "Dat soort ritmestoornissen geeft meer kans op een beroerte door stolselvorming en maakt dat de medicatie moet worden aangepast. We hebben toch best veel patiënten die, zonder dat ze klachten hebben, toch dat soort klachten laten zien. Door thuismonitoring kun je daardoor op tijd, voordat er echt calamiteiten ontstaan, de medicatie daarop aanpassen. Dat is ook een groot voordeel." Tonkelaar: "Het geeft een stuk vertrouwen en veiligheid. Al moet ik zeggen dat het eerste jaar wat onwennig was. Het litteken moet zich zetten en je moet wennen aan de ICD. Maar na een tijdje went dat en gaat het prima tijdens bijvoorbeeld douchen of zwemmen. Je moet vooral ontdekken hoe zwaar je het kunt belasten. Zo is tennissen voor mij helaas niet meer mogelijk, maar zonder ICD zou ik hartritmestoornissen hebben."

Handmatige inzending

Naast het feit dat een ICD 's nachts automatisch contact maakt met het thuismonitoringsysteem, kunnen patiënten ook een handmatige inzending doen. Bijvoorbeeld als zij klachten ervaren. Nauta-van der Roest: "Het komt wel eens voor dat patiënten bijvoorbeeld een opgejaagde hartslag voelen en duizelig zijn, dan kunnen ze ook een handmatige inzending doen via het kastje. Vervolgens bellen ze ons om aan te geven dat ze een inzending hebben gedaan en kunnen wij er gelijk naar kijken. Dat vinden patiënten vaak erg prettig." Tonkelaar vult aan: "Fijn dat die mogelijkheid er is. Ik heb er zelf ook al een keer gebruikt van gemaakt toen ik vermoedde dat er iets aan de hand was."

Verbetering kwaliteit van zorg

Borger van der Burg: "De kwaliteit van zorg verbetert doordat we bijvoorbeeld vroegtijdig een draadbreek kunnen herkennen. Een draadbreek kan namelijk onterechte signalen geven, waardoor een ICD een schok kan geven. Als je dat vroegtijdig kunt herkennen heb je enorme kwaliteitswinst gehaald. Daarnaast kan de functie van bepaalde type ICD's ook afnemen bij patiënten met ernstig hartfalen die ritmestoornissen hebben. Op het moment dat we dat door home-monitoring vroegtijdig zien gebeuren, kun je mensen in een poliklinische setting houden en voorkomen dat ze worden opgenomen." ■

Geheimen van het vrouwenhart ontrafeld

Lange tijd is gedacht dat een haperend hart vooral een mannenziekte was. Onderzoek en behandelingen waren dan ook sterk gericht op mannen. Inmiddels weten we beter. Symptomen van hartziekten zijn bij vrouwen vaak anders, maar ook de oorzaak van het zuurstoftekort is vaak anders. Het MCL is als eerste ziekenhuis in het Noorden van Nederland gestart met een nog nieuwe onderzoekstechniek van coronaire functietesten. Hiermee is de oorzaak van 'pijn op de borst' veel beter in beeld te brengen. Dit leidt tot betere behandelingen voor iedereen en specifiek voor het vrouwenhart.

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer



Waar bij mannen vaker sprake is van aderverkalking, leidend tot vernauwingen in de bloedvaten rond het hart, is bij vrouwen vaker sprake van vaatverkrampingen (spasmen) of een verhoogde weerstand in de kleinere aderen van het hart. Met de coronaire functietesten kunnen de weerstand, bloeddorstrooming en spasmen in de aderen worden gemeten. Interventiecardiologen Tessel Vossenberg en Krischan Sjauw zijn blij dat het Hart- en vaatcentrum van het MCL investeert in deze nieuwe techniek. Daarbij werkt het MCL nauw samen met het Radboud ziekenhuis Nijmegen, pionier in het verbeteren van onderzoek en behandelingen voor het vrouwenhart. 'Pijn op de borst' is een belangrijk signaal dat iemand zuurstoftekort heeft in de hartspier. Vaak gaat het om vernauwde kransslagaders, de grote slagaders naar het hart. Tot nu toe werd alleen een angiogram gemaakt waarop te zien is of er sprake is van vernauwingen in deze grote kransslagaders. Die vernauwingen kunnen de pijn op de borst verklaren en de behandeling kan bestaan uit dotteren, medicijnen of een hartoperatie.

Niets te zien

Bij veel vrouwen is er bij klachten van pijn op de borst met een angiogram niets afwijkends te vinden. Zij werden in veel gevallen terug naar de huisarts verwezen. Er was immers niets te zien. "Inmiddels is bekend dat 'pijn op de borst' ook het gevolg kan zijn van spasmen, het samentrekken van de slagaders, of een verhoogde weerstand in de kleinere vaten. Dit beperkt eveneens de bloeddorstrooming naar het hart en kan vergelijkbare klachten geven als bij vernauwing van de kransslagaders." Tweederde van de vrouwen die een angiogram ondergaan in verband met pijn op de borst hebben geen vernauwingen in de kransslagvaten, maar ook bij een derde van de mannen is dit het geval. Bij de meerderheid van deze patiënten (60-90%) is sprake van verhoogde weerstand of spasme van de aderen, als verklaring van de klachten. De nieuwe techniek kan daadwerkelijk de weerstand van de kleine vaten en de bloeddorstrooming meten. Patiënten krijgen in hun kransslagader een zoutoplossing ingespoten met een lagere temperatuur dan de lichaamstemperatuur. Met een technisch vernuftige druk- en temperatuursensor is de vloeistof te volgen en is het mogelijk de druk in de slagader, de weerstand in de kleinere bloedvaten en de bloeddorstroomingssnelheid te meten. "Zo is de snelheid waarmee de ingespoten vloeistof weer de temperatuur van het lichaam aanneemt, een belangrijke indicator voor de bloeddorstrooming en de weerstand in de kleine vaten." Dit onderzoek wordt zowel uitgevoerd in rusttoestand als bij kunstmatige inspanning.



“Bij vrouwen hebben leefstijlfactoren als roken of overgewicht een nog groter risicoverhogend effect op hartproblemen dan bij mannen”

Klachten sneller opsporen

Met deze nieuwe onderzoekstechniek kunnen oorzaken van hartklachten veel beter worden opgespoord en daarmee ook passende therapie worden gegeven. Er is veel belangstelling voor met wachtlijsten tot gevolg. "Wij zijn heel blij dat we dit nu in samenwerking met Nijmegen ook in Leeuwarden kunnen aanbieden, zodat patiënten sneller geholpen kunnen worden en hiervoor niet meer naar elders hoeven te reizen", aldus beide interventiecardiologen.

Psychiater

Tot voor kort bestond het standaardonderzoek uit het uitsluiten van vernauwingen zonder een beoordeling van de functie van de kransslagaders. Het feit dat niet verder gekeken werd dan het angiogram heeft ervoor gezorgd dat er met name bij vrouwen met 'pijn op de borst' vaak sprake is geweest van onderbehandeling, omdat het echte probleem niet werd gezien. Tegelijk zorgde het ook voor overdiagnostiek, waarbij dezelfde onderzoeken steeds maar herhaald werden omdat iemand elke keer weer terug kwam met klachten. "Er waren zelfs patiënten die uiteindelijk naar de psychiater gingen omdat ze dachten dat ze gek werden. De pijn was er, maar er werd niets gevonden, dan blijven mensen zoeken naar de oorzaak." Ter illustratie van het probleem het voorbeeld van een relatief jonge man die drie jaar lang onder behandeling stond bij Sjauw, die lang geen oorzaak voor zijn pijnklachten kon vinden. "De man bleef klachten houden, maar we vonden niets. Intussen kon hij niet werken, zat thuis en ervoer een slechte kwaliteit van leven. Het niet weten veroorzaakte veel stress. We hebben van alles geprobeerd, angiogrammen, PET-scan, MRI, we vonden niets." Tot uiteindelijk met de coronaire functietest bleek dat de man last had van spasmen in zijn kransslagaders

waardoor de pijn werd veroorzaakt. "Daarna konden we een gerichte behandeling starten. De man kon uiteindelijk zelfs zijn medicijnen afbouwen en is weer aan het werk."

Leefstijl aanpassen

De behandeling van zowel aderverkalking als van een verhoogde vaatweerstand bestaat volgens Vossenberg niet alleen uit medicijnen, maar ook uit een verandering van leefstijl. "Bij vrouwen hebben leefstijlfactoren als roken of overgewicht een nog groter risicoverhogend effect op hartproblemen dan bij mannen. Op die factoren kun je zelf invloed uitoefenen door af te vallen, meer te bewegen of te stoppen met roken. Dit heeft vaak een positief effect op de klachten. Weten wat er aan de hand is en de mogelijkheid er zelf iets aan te kunnen doen, geeft de patiënt kracht." De twee cardiologen vinden het meer dan terecht dat er nu meer aandacht komt voor het vrouwenhart. Zo'n tien tot vijftien jaar geleden zaten in groepen voor wetenschappelijk onderzoek voornamelijk mannen van 18 tot 65 jaar. Medicijnen en behandelingen die hieruit voortkwamen werden vervolgens ook toegepast bij vrouwen. Nu is gebleken dat dat dus niet altijd passend is. Nu gebeurt dat ook niet meer, verzekeren de cardiologen. "Alle groepen; man, vrouw, verschillende etniciteiten en alle leeftijden moeten in grote onderzoeken zijn vertegenwoordigd." Doordat er nu meer aandacht komt voor hartziekten bij vrouwen zal hopelijk de prognose van vrouwen met hartziekten verbeteren. Zowel bij het klassieke hartinfarct, als bij de afwijkingen van de functie van de kransslagaderen. Het stellen van een goede diagnose leidt tot gerichtere behandeling. "We zijn misschien niet het grootste centrum in Nederland, maar wel een centrum dat voorop probeert te lopen met nieuwe ontwikkelingen. Zo blijven we een aantrekkelijk Hart- en vaatcentrum voor de noordelijke regio." ■

Uniek

Ieder jaar worden er in Nederland zo'n 350 kinderen met een schisis geboren. Al ruim 40 jaar behandelt het schisisteam van het MCL deze kinderen. Sinds een aantal jaren werken de schisisteams van het UMCG en MCL samen onder de naam: schisisteam Noord. Elk jaar komen er twintig nieuwe kinderen onder behandeling bij het schisisteam in Leeuwarden.

tekst Jette de Vos fotografie Tristan Fopma

Een schisis? Wat is dat?

In de eerste dertien weken van de zwangerschap groeien alle delen van het gezicht naar elkaar toe. Soms "slaat de natuur een stapje over" en blijft er een schisis (Grieks voor spleet) bestaan. Een schisis kan voorkomen in de lip, de kaak en het gehemelte afzonderlijk of allemaal tegelijk, zowel aan één kant van de lip als aan twee kanten. De kinderen die met een schisis geboren worden hebben vaak meerdere operaties nodig. Meestal is de eerste operatie rond de leeftijd van drie maanden en de laatste wanneer het kind inmiddels volwassen is, ongeveer 17 of 18 jaar. Soms wordt de schisis pas later ontdekt. Dan valt het de ouders, huisarts of logopediste op dat er problemen blijven bestaan op het gebied van voeding (borstvoeding lukt niet of er komt steeds voeding door de neus) of op het gebied van de spraak (spreken met veel luchtverlies, ook wel hypernasale spraak). Deze vorm van schisis is vaak iets lastiger vast te stellen omdat hij niet zo makkelijk is te zien. Dit wordt een submuceuze schisis genoemd. Soms worden pasgeboren baby's opgenomen in het MCL omdat ze sondevoeding nodig hebben. Doordat ze een schisis hebben, hebben ze niet makkelijk kunnen

drinken en zijn ze ondervoed geraakt. Collega's hebben niet altijd de kennis welke fles er gebruikt moet worden of hoe een kind met een schisis het beste gevoed kan worden. Vanuit het team worden voorlichtingsavonden aan verloskundigen en kraamverzorgenden gegeven om zo deze problemen te voorkomen.

Het team!

Kinderen worden vanaf de zwangerschap tot hun 18e jaar regelmatig gezien. Het schisisteam van het MCL ziet zo'n 250 kinderen per jaar tijdens de regelmatige controles. Het team kenmerkt zich door het enthousiasme en de bevoegenheid waarmee zij het kind centraal zetten. Door de intensieve samenwerking met het schisisteam van Groningen kan kennis en kunde uitgewisseld worden, waarbij de werkwijze en de geleverde zorg getoetst en verbeterd wordt middels onderzoek en innovaties. Het schisisteam bestaat uit een diversiteit aan specialisaties: een plastisch chirurg, kinderarts, arts prenatale diagnostiek, KNO-arts, kaakchirurg, (kinder)anesthesist, logopedist, psycholoog, medisch maatschappelijk werker, orthodontist, tandarts, klinisch geneticus en natuurlijk een secretaresse.

Chantal Mouës,
plastisch chirurg MCL
en voorzitter van
schisisteam Noord



Patiëntenparticipatie

Bij een schisis komt veel meer kijken dan alleen operaties; wat dacht je van goed kunnen horen, spreken en een mooi gebit? Het team heeft een unieke werkwijze ontwikkeld waarbij het kind en zijn ouders centraal staan. Vanaf de aanmelding is het team zeer laagdrempelig bereikbaar, ouders en kinderen krijgen vaak binnen 24 uur een reactie op hun vragen. Daarnaast werkt het team als een carroussel. Als team zien zij iedere twee weken kinderen en hun ouders op het schisisspreekuur. Doordat de samenstelling van de aanwezige specialisten is afgestemd op de leeftijd, en dus de fase waarin het kind zich bevindt, kunnen vragen snel en doelgericht beantwoord worden. Daarnaast worden kinderen en hun ouders nauw betrokken bij initiatieven om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een voorbeeld hiervan is het boek "Uniek ben jij" dat recent uitgebracht is door het schisisteam. Aan dit boek hebben kinderen en hun ouders meegewerkt. Dit boek bereidt hen op een laagdrempelige manier voor op bijvoorbeeld operaties, zo is in het boek "het narcosegeurtje" verwerkt.

Maar wat maakt dit schisisteam UNIEK?

Naast onze persoonlijke werkwijze, waarbij het kind nadrukkelijk centraal staat, worden er binnen dit team ook mooie innovaties ontwikkeld. Een heel mooi voorbeeld is het palatumplaatje. Dit is een beschermend plaatje dat op maat gemaakt wordt door middel van 3D-technologie. Hierdoor kan het gehemelte volledig afgedekt worden na de operatie. Dit lijkt iets heel simpels en eigenlijk is dat het ook. Het mooiste is dat door dit plaatje het kind minder pijn heeft na de operatie en makkelijker en sneller kan eten.

STZ-keurmerk

Vanwege de unieke werkwijze en de aandacht die het team besteedt aan onderzoek, wetenschap en innovatie heeft het schisisteam van het MCL een STZ-status gekregen. Dit is UNIEK omdat het team als eerste, en vooralsnog enige schisisteam in Nederland, deze erkenning heeft gekregen. Dit betekent dat de kwaliteit van de zorg zo hoog is dat het thuishoort onder de topklinische zorg. En dat is iets waar het team trots op is!

Chantal Mouës

"Binnen het schisisteam van locatie Leeuwarden hebben we de zorg volledig om het kind heen gebouwd. Waar kinderen en ouders in grote centra vaak opgaan in de massa kunnen wij veel gericht en intensievere aandacht geven. We zien vaak dat de eerste vijf levensjaren van het kind spannend zijn voor ouders. In deze fase verandert er veel: er zijn operaties nodig, de spraak gaat zich ontwikkelen, kinderen gaan voor het eerst naar school. In deze

***“Ik ben uniek,
net zoals elk
kind dat is”***

fase bieden we ouders en kinderen extra ondersteuning. Daarnaast opereren we bovengemiddeld goed, waardoor het minder vaak nodig is om op oudere leeftijd een na-correctie uit te voeren. Door te investeren in innovaties, zoals het palatumplaatje, bevorderen we een snelle genezing en daardoor een snel herstel. Ons team heeft als voornaamste doel om de zorg voor het kind goed te organiseren. Het betrekken van ouders en kinderen bij het maken van voorlichtingsmateriaal is hier een mooi voorbeeld van. Zo heeft Sara, samen met haar ouders en het team, een heel mooi boekje gemaakt over de kaaksluiting. Dit boekje is helpend gebleken voor alle kinderen die, net als zij, deze operatie moeten ondergaan."

Merle Wijnia

"Het is voor mij nooit erg geweest dat ik geboren ben met een schisis. Ik ben gewoon Merle. Ik ben uniek, net zoals elk kind dat is. Van de twee operaties die ik als baby heb gehad weet ik natuurlijk niets meer. Maar mijn ouders hebben mij er veel over verteld. In de jaren daarna kwam ik regelmatig bij het schisisteam in het MCL. Je hebt dan een afspraak met allemaal verschillende zorgverleners tegelijk. Zoals de plastisch chirurg, de logopedist, tandarts en maatschappelijk werker. Hierdoor spreek je direct met elkaar af wat er eventueel nodig of mogelijk is. Vorig jaar heb ik er voor gekozen nog één keer geopereerd te willen worden. Nu valt mijn schisis nog minder op. Ik ben erg blij met het resultaat!"

Voorlichtingsmateriaal

Vanuit het team zijn meerdere boekjes geschreven en uitgegeven. Er zijn voorleesboekjes over het krijgen van een broertje met een schisis (Lipje van Kalle) en over adoptie en schisis (Ming krijgt een broertje), over poetsen met een schisis (Silke bij de tandenpoetsjuf), het boekje van Sara ter voorbereiding op de kaaksluiting (Sara stelt het aan de kaak). In februari is ons allernieuwste "meegroeiboek" (Uniek ben jij) uitgekomen. Hiervan zijn ondertussen al ruim 100 exemplaren verkocht door heel Nederland en België. Dit boek is tot stand gekomen door een donatie van 'fonds de Gavere'. ■

Merle Wijnia is 17 jaar oud, zij is geboren met een lipschisis. Vorig jaar heeft zij haar laatste operatie gehad in het MCL.

De stem van de patiënt

“Als je als patiënt in het ziekenhuis bent, ben je meestal in een kwetsbare situatie. Dan staat je hoofd er niet naar om na te denken over het beleid van het ziekenhuis, en wat dat betekent voor jou als patiënt. Daarom zijn wij er.’ Voorzitter cliëntenraad Andrea Olivier is betrokken bij het beleid van het MCL, samen met de andere leden van de zeven m/v tellende cliëntenraad. ‘Wij kijken vanuit patiëntbelang naar de zorgprocessen. En er wordt naar ons geluisterd.”

tekst Frits Mostert fotografie Menno de Boer

‘We proberen zo veel mogelijk met de helikopterview vanuit patiëntenperspectief te bekijken’

Olivier: “Waar houden we ons als cliëntenraad mee bezig? Neem bijvoorbeeld de komst van de aanmeldzuilen in het MCL. Digitaal aanmelden kennen veel mensen misschien al van internationale luchthavens of zelfs van de toegangspoortjes op de stations. Maar in een ziekenhuis, kan dat wel? Het is uitgebreid met de cliëntenraad besproken. De resultaten van de pilot met de aanmeldzuilen, op de radiologie, gaf de doorslag. Verreweg de meeste patiënten bleken goed met het systeem te kunnen omgaan. Het helpt het MCL ook om efficiënter te werken.”

Helikopterview

De cliëntenraad kijkt ook naar het MCL als gehele organisatie. Vice-voorzitter Niellen Narain: “In het MCL lopen veel projecten, die nodig zijn om de financiële positie van het MCL te verbeteren. Op de wat kortere termijn kunnen patiënten misschien hinder hebben van bezuinigingen. Het stelt het MCL wel in staat om over een paar jaar broodnodige investeringen te doen. Bijvoorbeeld in een nieuwe OK, en verbetering van de Intensive Care. Die vernieuwingen zijn óók in het belang van patiëntenzorg en kwaliteit. Als cliëntenraad praten we daarover mee. We proberen zo veel mogelijk met de helikopterview vanuit patiëntenperspectief te bekijken.’ Want – en dat is een misverstand – de cliëntenraad houdt zich niet bezig met individuele patiënten met klachten, vragen of opmerkingen. Olivier: ‘Individuele problemen hebben onze aandacht, maar alleen als signaal. Het MCL heeft een goede klachtenregeling, de onafhankelijke ombudsfunctionaris.”

Puur

De cliëntenraad is ook betrokken geweest bij het nieuwe voedingsconcept ‘Puur’ dat sinds 2018 in het MCL loopt. Zes keer per dag een kleine maaltijd voor opgenomen patiënten, met een ruime keuze vanaf de voedingskar. “We zijn geïnformeerd over

het belang van goede voeding voor de patiënt. Evenwichtige en gezonde voeding helpt bij de genezing. We hebben meegepraat over diëten, over efficiency en meer. En wij kunnen behoorlijk kritisch zijn. De meeste patiënten zijn tevreden met de maaltijden. Maar smaken verschillen.”

Instemming

Narain: “We kijken dus echt breed naar het MCL-beleid, vanuit patiëntenperspectief als rode draad. Dat de cliëntenraad er is, is wettelijk geborgd. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) geeft ons een goede positie om mee te praten over de organisatie. We hebben bij bepaalde onderwerpen instemmingsrecht en adviesrecht. Zo kunnen we een van de leden van de Raad van Commissarissen van het MCL benoemen, die het beleid ook vanuit patiëntenperspectief beoordeelt en bepaalt. MCL en cliëntenraad willen de komende periode aan de slag om op een goede manier de patiënt de gelegenheid te geven zijn beleving over de behandeling in het ziekenhuis te vertellen via een digitale methode of via gesprekken. De patiëntbeleving geeft zowel voor het MCL als de Cliëntenraad, waardevolle informatie om verbetering of verandering aan te brengen.”

Olivier: “Iedereen kan patiënt in een ziekenhuis zijn. Het is niet alleen goed dat de vertegenwoordiging van patiënten in het MCL wettelijk vastligt. We praten met interne en externe partijen, op verschillende niveaus. We zijn een serieuze gesprekspartner. Dat voelt goed.” ■

De cliëntenraad van het MCL bestaat uit zeven personen, die zich inzetten voor de belangen van de patiënt. Meer weten?

www.mcl.nl/cliëntenraad



COLUMN *Hetty*

fotografie Menno de Boer

VAN HANDEN AAN DE KNOPPEN NAAR handen aan het bed

Onrustige maanden, van de eerste corona-golf in maart als buddy op de IC en de kerstdagen op de coronaverpleegafdeling. Van grotendeels wachten tot 11 's ochtends of je wel of niet de late- of nachtdienst in zou gaan. Kortom: inspirerend en vermoeiende maanden. Terwijl ik mijn mailtjes aan het lezen ben komt er een mail in mijn inbox vliegen met als titel: ‘afschalen poli’. Er wordt gevraagd om de inzet van (oud)verpleegkundigen uit het Hart- en vaatcentrum. Ik stroop mijn mouwen op.

Het is 05.30 uur en de wekker gaat. Na deels een onrustige nacht sta ik op met het gevoel van een kleuter die voor het eerst naar school gaat. Gezonde spanning, uitzien naar wat de dag mij gaat brengen. Vandaag word ik ingewerkt op de short stay Hart- en vaatafdeling (afdeling R). De spanning glijdt al snel van mijn schouders af door het warme ontvangst op mijn nieuwe afdeling.

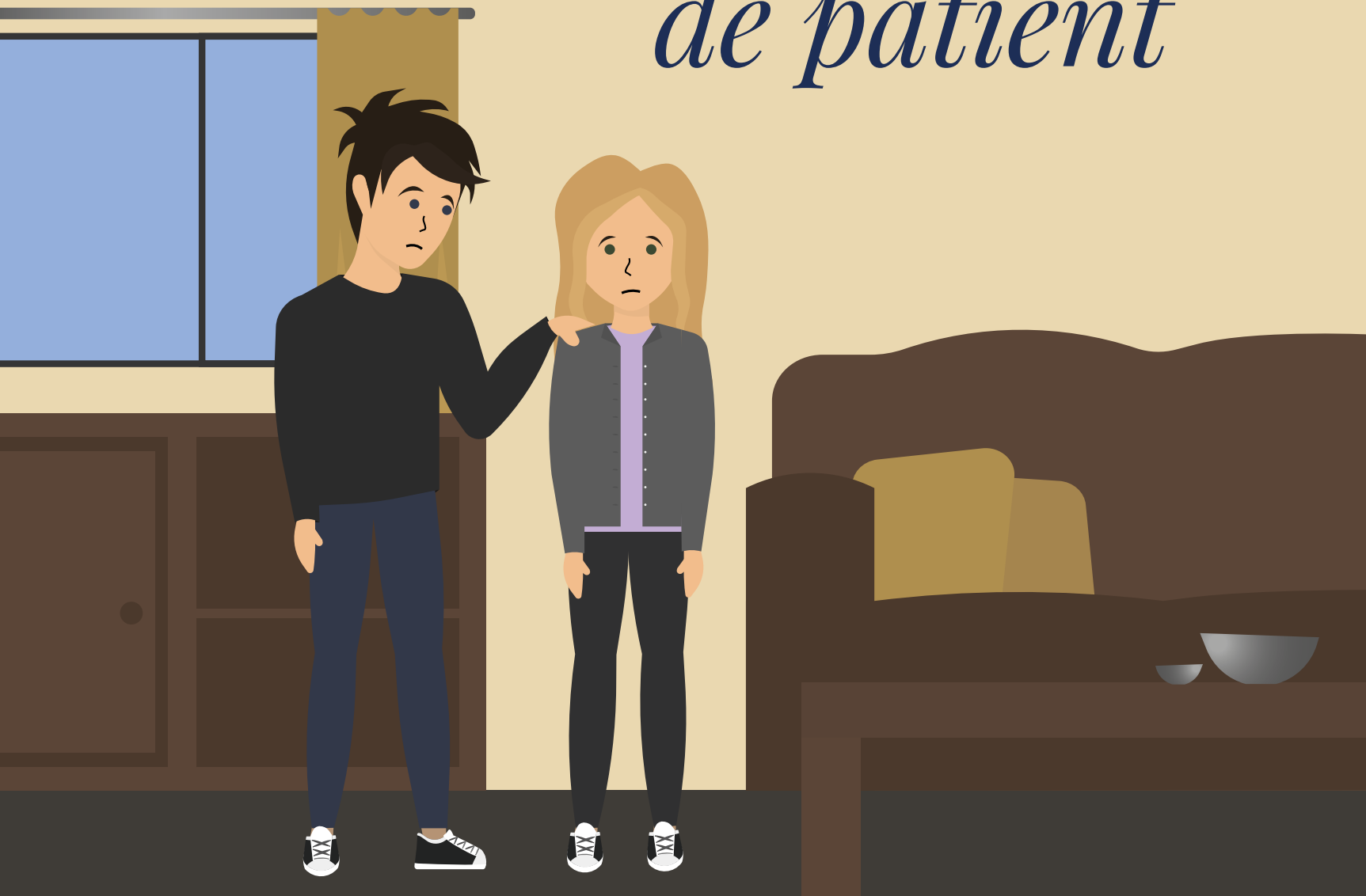
Zo ga ik van handen aan de knoppen naar handen aan het bed. Officieel ben ik namelijk cardiofysiologisch laborant met de specialisatie echocardiografie. Ja, mee eens een hele mond vol. Waar het op neer komt is dat ik in mijn dagelijkse werkzaamheden met name zelfstandig echo's van het hart verricht bij zowel de klinische als poliklinische patiënt. Dit doe ik in verschillende settings, bijvoorbeeld tijdens reanimatie of na afloop van een operatie.

Na een aantal dagen te hebben gewerkt zit ik lekker in de flow! Mijn verpleegkundige skills heb ik weer aardig onder de knie. Yes! Vandaag mag ik leren infuusprikken en ik moet eerlijk toegeven dat ik na een 'offday' nu de feeling begin te krijgen. Helaas moeten we nog steeds een mond-neusmasker dragen, maar achter mijn masker verschijnt een 'big smile' als ik dan toch dat naaldje in één keer heb ingebracht. Stoer zeg ik tegen mijn collega dat ik misschien vandaag wel naast mijn schoenen ga lopen. Door corona zijn veel regels en maatregelen aangescherpt, maar deze periode had ik voor geen goud willen missen! Oftewel: denk in mogelijkheden en niet in onmogelijkheden. De volgende dag heb ik de zorg voor een jonge man die een ablatie (behandeling van hartritme-stoornissen) achter de rug heeft. Hij moet 4 tot 6 uren plat blijven liggen. Ik vraag of ik nog wat voor hem kan betekenen. “Een frikandel speciaal lijkt me heerlijk”, zegt hij. “Helaas”, zeg ik. “Alles is gesloten, het restaurant en zelfs de koffiekamer is gesloten door een recente uitbraak van corona”. Maar ik geef aan dat het wel kan als hij iemand kan regelen die het mee naar binnen kan sluisen. Een collega die dit heeft gehoord, roept: “Maak er dan maar vier van!”. Enkele uren later komt zijn vader de afdeling oplopen met een koeltas met raad eens..? De gehele afdeling stinkt er naar, maar ik heb voldaan aan de behoeften van de patiënt en dat is wat mijn hart beweegt.

Gezien, gehoord, geholpen! ■

MPU:

Tijd voor de psyche van de patiënt



De Medisch Psychiatrische Unit (MPU) is een verpleegafdeling in het MCL waar zowel lichamelijke als psychiatrische zorg en behandeling geboden wordt. Op de MPU verblijven patiënten met een lichamelijke aandoening, waarbij ook sprake is van matige tot ernstige psychiatrische problematiek.

tekst Frits Mostert illustratie Romy Stapert

“Deze afdeling is dus voor patiënten die óók een psychosociale zorgvraag hebben naast hun lichamelijke probleem,” zegt Gwenno Schat, verpleegkundige op deze afdeling. “Ze hebben vaak meer rust nodig, of meer begeleiding. We hebben hier de tijd en de faciliteiten om dat goed te bieden. Op de kleine afdeling (zes patiënten) werken doorlopend twee verpleegkundigen. De medische zorg wordt verleend door de somatische arts die de lichamelijke klachten behandelt, in samenwerking met de psychiater. Naast de medische en verpleegkundige zorg is er ook een vaktherapeut beschikbaar.”

Gwenno: “Je hebt hier verschillende soorten patiënten, van veel verschillende somatische (lichamelijke) specialismen. Dat is voor ons verpleegkundigen heel uitdagend. Alleen hooggespecialiseerde zorg, bijvoorbeeld hartbewaking, kunnen we hier niet bieden. Onder kantoortijd levert de consultatief-psychiatrische dienst expertise als er patiënten met psychosociale vraagstukken of gedragsproblematiek op andere afdelingen in het ziekenhuis liggen. Buiten kantoortijd worden wij regelmatig gebeld met vragen over patiënten met deze problematiek.”

113

“Op de MPU krijgen we ook regelmatig te maken met verslavingsproblematiek. Bijvoorbeeld gebruik van GHB. Dat kun je niet zomaar stoppen. De patiënt kan dan zeer ernstige onttrekkingsverschijnselen krijgen of zelfs overlijden. Ze krijgen bij ons, zeg maar, “medische GHB.” Op de afdeling wordt een brede staalkaart aan medische problematiek gezien, van botbreuken tot anorexia. “We verplegen hier ook geregeld patiënten na een zelfmoordpoging. Vandaar dat we als afdeling betrokken zijn bij het 113-project.” (Zie het artikel op pagina 76.)

Veilige omgeving

Veel verpleegkundige zorg op de MPU bestaat uit communicatie. “Sommige patiënten hebben baat bij een specifieke bejegening. We zijn getraind in preventie en de-escalatie bij fysieke en verbale agressie. Agressie die overigens op de MPU niet word toegestaan, net als elders in het ziekenhuis. We zijn als team heel goed op elkaar ingespeeld, en oefenen ook geregeld dit soort situaties. Het doel van de afdeling is vooral patiënten goede zorg in een veilige omgeving te bieden.”

“Hulp begint met de juiste vraag”

Als iemand helemaal klem zit en geen uitweg meer ziet. Of hooguit, als enige uitweg, uit het leven wil stappen. Dan wil je dat als zorgverlener voorkomen. Maar hoe kom je daar achter als hulpverlener? Hoe ga je het gesprek aan en hoe bied je hulp? Met de Medisch Psychiatrische Unit (MPU) als ambassadeur is het MCL partner in de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025. Onderdeel daarvan is het 113 Netwerk Ziekenhuizen. Alie Koldijk, zorgmanager: “Het 113 Netwerk Ziekenhuizen heeft een missie. Suïcide bespreekbaar maken, uit de taboesfeer halen. Hulp begint met de juiste vraag.”

tekst Frits Mostert

Thema's waarmee ziekenhuizen aan de slag gaan zijn bewustwording, scholing, veiligheid (registratie, protocollering), samenwerking (huisarts, GGZ) en effectieve interventies met betrekking tot de nazorg.

Uitdaging

In Nederland komen jaarlijks ongeveer 17.000 mensen na een poging tot suïcide terecht op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Een groot deel van die mensen wordt daarna opgenomen voor medische behandeling of observatie. De zorg voor mensen die een zelfmoordpoging hebben gedaan, kan een uitdaging zijn voor professionals in ziekenhuizen. De meeste artsen hebben vaak geen speciale training gekregen in de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag en voelen zich vaak onzeker over hun rol. Ook binnen de opleidingen tot verpleegkundige komt dit onderwerp niet uitgebreid ter sprake. Jarmila van Deursen is verpleegkundige op de MPU, de Medisch Psychiatrische Unit. “Als iemand in het ziekenhuis komt na auto-intoxicatie, zoals een overdosis medicijnen, dan heb je een goede aanleiding om vragen te stellen rond suïcide. Maar het is niet altijd even duidelijk. Het is lastig om concreet de vraag te stellen of iemand wellicht suïcidale gedachten heeft. Maar je kunt beter de vraag een keer te veel stellen dan te laat.”

Training

De Stichting 113 heeft een training ontwikkeld, de Gatekeepers-training. Hierin leren zorgverleners (van verpleegkundige via brandweer tot dominee) hoe om te gaan met signalen van suïcidaliteit of een vermoeden daarvan. Ze leren verantwoord en gefaseerd door te vragen en wat daarin de grens is, en kunnen doorverwijzen naar professionele hulp. Van Deursen heeft de Gatekeeperstraining gevolgd. “De training maakt het gemakkelijker om dit bespreekbaar te maken. Maar het blijft een lastige vraag. De tijd nemen is erg belangrijk. Een rustige inleiding, dan de vraag stellen: “Heeft u nu deze gedachten?” Als je het bespreekbaar maakt, valt er een last van de schouders van de patiënt.” En gelukkig is dat in veel gevallen de opmaat naar een succesvol hulptraject. Van Deursen: “Veel mensen lopen rond met suïcidale gedachten maar hebben niet de moed of de kracht om het in daden om te zetten. Je moet dus vragen of er plannen zijn.”

Uitweg

Oetse Haagsma, psychiater: “In het gesprek moet je ook vragen of er tijd is om het probleem op te lossen, en hoeveel ruimte die persoon heeft. Het voorspellen van suïcide is heel lastig. Maar erover praten helpt, en er is vaak wél een uitweg. Je kunt iemand

op alternatieve gedachten brengen.” Maar voor hulpverleners is dat niet altijd gemakkelijk. Haagsma: “Hulpverleners ervaren een drempel om vragen te stellen rond het thema suïcide. In de training leer je hoe het gesprek aan te gaan, je leert er ervaring meer op te doen. Patiënten die in het ziekenhuis komen, vertellen doorgaans over andere problemen. Als je dit soort gesprekken vaker doet leer de je weg kennen.” Haagsma erkent dat het voor sommige MCL'ers een onderwerp is dat een beetje buiten het blikveld valt. “Ze zijn vaak gericht op lichamelijke klachten. Ze voelen zich niet gemakkelijk bij dit soort onderwerpen. Kijk, ik ben psychiater, en als iemand met een hartinfarct bij mij komt voel ik me als arts ook niet op mijn gemak met zo'n hulpvraag. Zo moet je dat een beetje zien.” Koldijk: “Suïcidale gedachten bespreekbaar maken is een heel mooi begin maar daarna is het belangrijk om aan te geven dat er hulp geboden kan worden. Er zijn hulplijnen beschikbaar.” Eén van die hulplijnen is het telefoonnummer 113, maar er zijn meer mogelijkheden. Als je de training doet zie je ook dat veel mensen met zelfmoord te maken hebben gehad in de omgeving. “Het is heel lastig om er over te praten. We willen suïcide graag uit de taboesfeer halen. Net zoals we de psychiatrie uit de taboesfeer willen halen.”

Doorvragen

Van Deursen: “In je privé-omgeving wordt dit onderwerp ook vaak vermeden. Doorvragen is van belang. Je hebt soms twee, drie vragen nodig om tot de kern te komen. Het is de bedoeling dat de IC- of spoedeisendehulpverpleegkundigen in het MCL deze vragen gaan stellen, en dat ze vaker en beter leren uitvragen. Hulpverleners vinden het spannend”. Om het effect van de verbeteringen in de zorg die door ziekenhuizen worden ingezet te kunnen meten is een vragenlijststudie ontwikkeld. Het MCL neemt deel aan dit landelijke SPICE-onderzoek. Dat onderzoek biedt inzicht in de knelpunten, de wensen en de behoeften van zorgprofessionals. Op die basis kan het MCL eventueel een plan van aanpak maken. Ook voor dit plan van aanpak biedt 113 mogelijkheden op het gebied van bewustwording en scholing. ■

Vragen rond het thema suïcide?

Kijk op www.113.nl, bel nummer 113 of gratis 0800-0113.

VLEGUREN MAKEN EN ERVARING OPDOEN BIJ VERSCHILLENDE AFDELINGEN?

DAT KAN BIJ HET STW

Het is gelukt! Je hebt je hbo- of mbo-verpleegkundige opleiding in the pocket. Je wilt dolgraag aan de slag. Maar waar begin je en welke keuzes maak je?

tekst Leanne Wink-Miedema fotografie Jeroen Adema

Sytze Mark, afgestudeerd in januari 2021 als hbo-verpleegkundige ging aan de slag als STW-verpleegkundige in Medisch Centrum Leeuwarden (MCL). Sytze Mark: "Door het STW (Servicebureau Tijdelijk Werk) kan ik vliegreuen maken en de ervaring opdoen die ik nodig heb om mijn uiteindelijke doel te bereiken: Intensive Care-verpleegkundige worden." Het STW is het flexbureau van het MCL. Bij het STW kun je terecht als je ervaring op wilt doen en/of flexibel (op afroepbasis) wilt werken. Het STW is een vliegende start van je carrière in het MCL, Sytze Mark vertelt: "Gedurende mijn opleiding heb ik stages gelopen in een verzorgingstehuis en bij de thuiszorg. Mijn laatste stages liep ik in het MCL. Dat ik hier wilde werken was voor mij al snel duidelijk. Het dynamische van de zorg, het snelle verloop van de patiënten die je relatief kort ziet en waarmee je intensief contact hebt en het continu schakelen vind ik erg interessant. Het maakt het werken nooit saai. Maar ook dat het MCL één van de grotere ziekenhuizen van de regio is. Een ziekenhuis waar veel interessante casuïstieken plaatsvinden. Dat is wat mij trok en dat ik dacht: daar wil ik werken!"

Na het behalen van zijn diploma solliciteerde Sytze Mark direct bij het STW. Een gesprek volgde en Sytze Mark werd aangenomen, direct met een vast contract voor 32-uur. Sytze Mark: "Met dat vaste contract ben ik erg blij, dat geef toch een stukje zekerheid en vertrouwen. Nadat ik werd aangenomen kreeg ik een app tot mijn

beschikking waar diensten in werden opengezet waar ik mij op kan inschrijven. Ik doe zo ontzettend veel ervaring op en kom letterlijk overal in het ziekenhuis."

Alleen het nieuw binnenkomen op een nieuwe afdeling is in het begin altijd spannend. Sytze Mark: "Ik heb bij mijn stagebegeleider destijds aangegeven dat ik dat best spannend vond en er wel eens moeite mee had. Ze hebben mij hierbij geholpen. Ik geleerd dat je gewoon je mond open moet trekken en durf dat nu ook. Daarnaast weet ik nu ook dat er op elke afdeling een ervaren verpleegkundige is waar je op terug kunt vallen als je er niet uit komt. Hierdoor krijg je steeds meer vertrouwen. Daarnaast ontdek ik zo wat ik leuk vind en hoe ik mijn verdere loopbaancarrière wil inrichten."

"De sfeer in het ziekenhuis is prettig, ik voel mij thuis", aldus Sytze Mark. "Als ik nu stagiaires op een afdeling zie of STW'ers waarvan ik weet dat zij net begonnen zijn, dan sta ik even extra bij hen stil en vraag ik of alles lukt. We doen het uiteindelijk allemaal samen." ■



Wil jij ook komen werken bij #teamMCL?
Of alvast even digitaal sfeerproeven?
Bekijk dan het filmpje van Sytze Mark op de werkvloer.





DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK BIJ DE STADSPOLI LEEWARDEN

Sinds januari van dit jaar kunnen huisartsen in de regio hun patiënten doorverwijzen naar de Stadspoli Leeuwarden. Een medisch specialist van het MCL beoordeelt de klacht van de patiënt daar dan eenmalig. Dat scheelt ziekenhuisbezoeken. Bovendien geldt voor zo'n 'meekijkconsult' geen eigen risico.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer illustratie Romy Stapert



Yvonne Kruiper is locatiemanager van de Stadspoli Leeuwarden.

“Stel: een huisarts wil over een patiënt graag de mening horen van een specialist. Bijvoorbeeld om een diagnose te bevestigen of om te overleggen over de juiste behandeling. Normaliter zou hij zijn patiënt dan naar het ziekenhuis sturen. Daar wordt vervolgens een zorgtraject opgestart. Terwijl dat niet altijd nodig is. In een aantal gevallen volstaat het namelijk als de specialist één keer meekijkt en advies geeft, waarna de huisarts weer verder kan.

Met dat in het achterhoofd zijn we de Stadspoli Leeuwarden begonnen: een zelfstandige organisatie, die tijdelijk gebruik maakt van de ruimtes van de Dokterswacht Friesland. Hier bieden we specialistisch advies, maar dan in de setting van de huisartsenpraktijk. Laten we als voorbeeld een patiënt nemen met een moeilijk behandelbare hoge bloeddruk. De huisarts verwijst de patiënt voor een consult naar de Stadspoli. Tijdens ons wekelijkse spreekuur op donderdagochtend kijkt een internist daar eenmalig mee. Nog dezelfde dag stuurt de specialist een brief met zijn bevindingen naar de huisarts. In de meeste gevallen kan die de behandeling dan vervolgen. Deze aanpak heeft voor patiënten veel voordelen.

De wachttijd op de Stadspoli is kort: maximaal twee weken. Verder blijft de huisarts hoofdbehandelaar. Voor de patiënt betekent dat: geen eigen risico, tenzij er aanvullend onderzoek in het ziekenhuis nodig is. Op dit moment kun je op de Stadspoli terecht voor consulten dermatologie, gynaecologie en interne geneeskunde. De bedoeling is om het aantal specialismen de komende tijd verder uit te breiden. Wij zijn hierover al in gesprek met de specialismen urologie, KNO, kindergeneeskunde en cardiologie. Verder willen we de Stadspoli op den duur graag op een locatie buiten het ziekenhuisterrein vestigen.”

Frederik Heeres is huisarts in Franeker en bestuurslid van huisartsencoöperatie Leeuwarden en omstreken (CoLeo), een van de initiatiefnemers van de Stadspoli.

“We verwachten dat een aanzienlijk deel van de patiënten die huisartsen tot voor kort naar de poli's dermatologie, gynaecologie of interne geneeskunde stuurden, vanaf nu bij de Stadspoli terecht kan. Zij blijven na het advies van de specialist vervolgens weer bij hun eigen huisarts onder behandeling. Wel zo fijn. We zijn natuurlijk pas net begonnen, maar ik merk dat collega's en patiënten echt enthousiast zijn. Sinds 1 januari heb ik zelf al verschillende mensen naar de Stadspoli verwezen. Ze konden snel terecht. Bovendien leer je als huisarts zelf ook van het meekijkconsult.

Eerder nam de specialist de behandeling na een verwijzing over, nu doe ik die als huisarts zelf. Dit verbetert de kwaliteit van de huisartsenzorg. Zo verwees ik iemand met een matig ernstige vorm van eczeem. De gebruikelijke zalven haalden onvoldoende uit. Toen heb ik de dermatoloog van de Stadspoli om advies gevraagd. Zij stelde een andere, minder gebruikelijke crème voor. Die heb ik vervolgens voorgeschreven. Een ander voorbeeld was een patiënt met langdurige vermoeidheid. Dat is een complexe klacht, want moeheid kan veel oorzaken hebben, zowel fysiek als psychisch. In dit geval leverde lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek geen duidelijkheid op. Voor de zekerheid heb ik toen een consult bij een internist van de Stadspoli geregeld. Ook zij kon geen lichamelijke reden voor de klachten vinden. Deze geruststelling zette voor mij als huisarts de deur open om over andere mogelijke oorzaken te praten. Bij nader inzien bleken er de nodige problemen op het mentale vlak te spelen. Inmiddels krijgt de patiënt daar binnen onze praktijk begeleiding voor”.

**“EERDER NAM
DE SPECIALIST DE
BEHANDELING NA
EEN VERWIJZING
OVER, NU DOE
IK DIE ALS
HUISARTS ZELF”**

Patiënt Jaap Bok (56) bezoekt in april de Stadspoli.

“Flink wat jaren geleden heb ik een agressieve vorm van huidkanker gehad. Dus toen ik onlangs een verdacht plekje op mijn hoofd vond, ben ik daar meteen mee naar mijn huisarts gegaan. Ze dacht niet dat het kwaadaardig was, maar helemaal gerust was ze er niet op. Ze stelde daarom voor om een dermatoloog van de Stadspoli te laten meekijken. Eerlijk gezegd wist ik niet van het bestaan. Maar toen ze uitlegde dat het om een soort eenmalige second opinion van een specialist ging, leek me dat een prima plan. Bijkomend voordeel was dat ik heel snel bij de Stadspoli terecht kon. Op dinsdag belde ik voor een afspraak en twee dagen later zat ik bij de dermatoloog. Die kon me gelukkig meteen geruststellen: het plekje was zonneshade. Daar heb ik wel meer van. Vervolgonderzoek bleek niet nodig.

De dermatoloog nam de tijd om me duidelijk het verschil uit te leggen tussen zonneshade en huidkanker. En ze gaf me tips over op welke veranderingen ik alert moet zijn. Verder adviseerde ze me om de aangedane plekken op mijn hoofd met een speciale zalf te behandelen. Die kan de huisarts gewoon voorschrijven. Al met al gaf het gesprek me een goed gevoel. Het maakt je toch wat onzeker als je dokter een beetje aan een diagnose twijfelt. Nu weet ik waar ik op moet letten en dat ik de best passende behandeling krijg.”

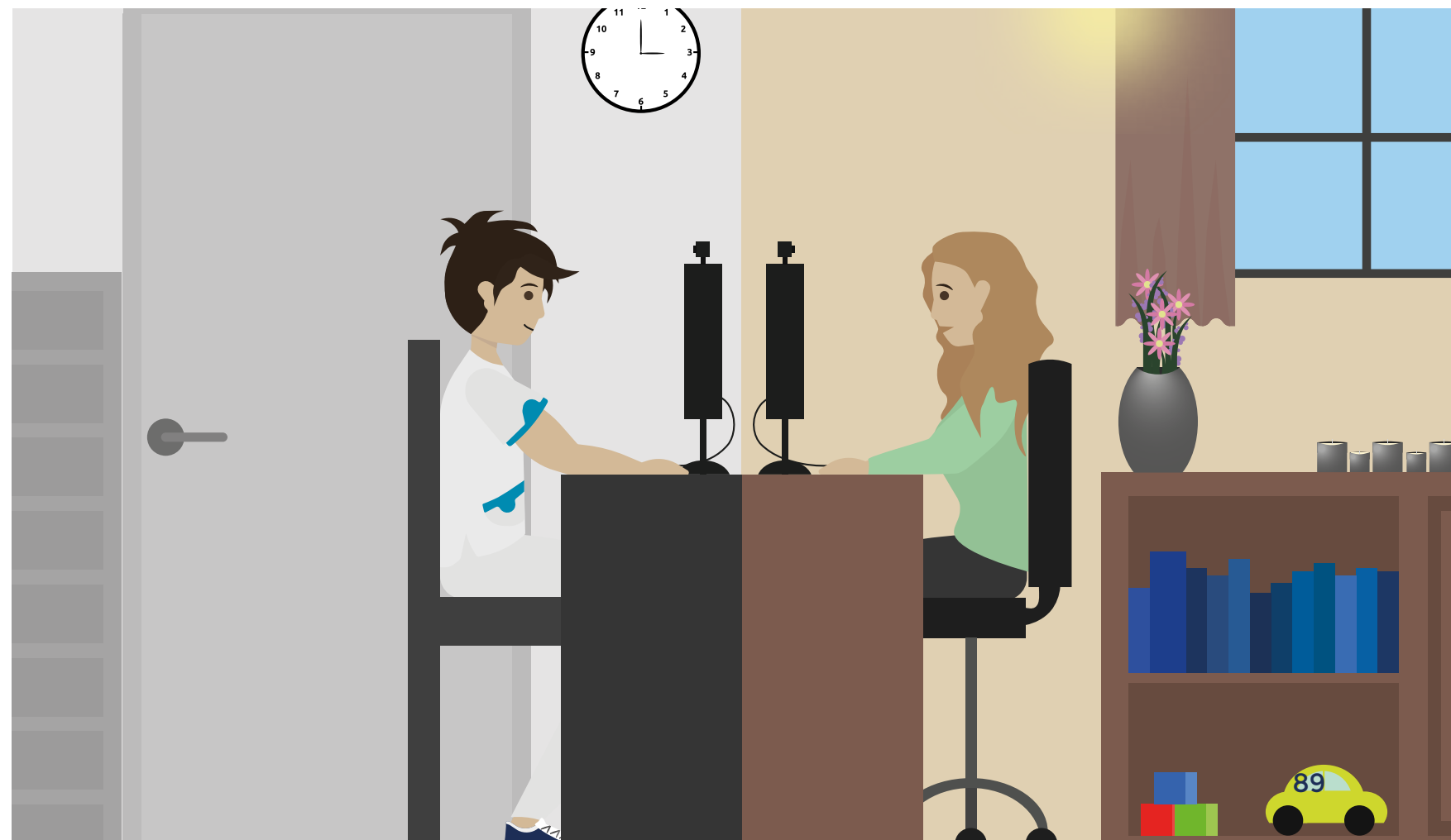
Meer weten?

Op stadspolileeuwarden.nl vind je als patiënt of verwijzer uitgebreide informatie.

Froukje Ubels werkt als internist in het MCL en is voorzitter van het Medisch Specialistisch Bedrijf Vrijgevestigd Collectief Leeuwarden (MSB VCL), een van de initiatiefnemers van de Stadspoli.

“Al met al zijn we een paar jaar bezig geweest om de Stadspoli Leeuwarden op te zetten. Er komt namelijk heel wat bij kijken. Als specialisten werken we samen met drie partijen: het MCL, huisartsencoöperatie CoLeo en zorgverzekeraar Zilveren Kruis/De Friesland, die de consulten vergoedt. Dat heeft heel wat voeten in de aarde. Vorig najaar zijn we begonnen met een digitaal meedenkconsult, waarbij huisartsen per e-mail vragen aan specialisten kunnen stellen. En sinds januari draait de Stadspoli nu ook volop; het eerste kwartaal hebben onze specialisten al meer dan honderd fysieke meekijkconsulten gedaan. Natuurlijk kunnen patiënten niet voor alle zorg bij de Stadspoli terecht. Betrokken specialisten en huisartsen hebben samen per vakgebied een lijst gemaakt van klachten en vragen, die zich lenen voor een meekijkconsult. Het gaat om planbare en niet-complexe zorg, die veel voorkomt en waar huisartsen relatief vaak advies over of hulp bij willen. Denk bijvoorbeeld aan de beoordeling van een verdachte moedervlek of schildklierafwijkingen. Of aan het aanmeten van vaginale ring bij een verzakking. Deelnemende specialisten werken vooralsnog één ochtend per week op de Stadspoli. In die tijd kunnen ze geen patiënten in het ziekenhuis zien. Je zou denken dat de wachtlijsten daardoor langer worden, maar dat is niet zo. Er komen immers niet méér mensen naar de specialisten, alleen zien ze de lichtere gevallen op een andere plek. En bovendien worden de controles weer door de huisarts gedaan in plaats van op de poli. Op die manier voorkomen we dat patiënten onnodig in complexe en relatief dure ziekenhuiszorg verzanden. En besparen we de maatschappij nog geld ook.”

**“WE VOORKOMEN
DAT PATIËNTEN
ONNODIG IN
COMPLEXE EN
RELATIEF DURE
ZIEKENHUISZORG
VERZANDEN”**



MCL

onderzoekt de kansen van data

Het gebruik van data is in opmars, ook binnen de gezondheidszorg. Binnen Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) worden de kansen van data ook onderzocht. Wat voor data is er beschikbaar? Wat voor mogelijkheden biedt die data? Hoe kunnen we zorg verbeteren op basis van data? In het MCL is een projectgroep opgericht die zich bezighoudt met de kansen van data voor het ziekenhuis. Dan Zhang (Reumatoloog en Chief Medical Information Officer) en Sieb Hagoort (Hoofd Informatiecentrum) aan het woord.

tekst Erik Kofman illustratie Romy Stapert



‘Datagedreven werken, hoe kan het MCL dit het beste doen?’ Dat is wat in 2019 onderzocht is. Deze resultaten hebben ertoe geleid dat het project *business intelligence* gestart is. Dan Zhang vervult de rol als Chief Medical Information Officer (CMIO), wat een brugfunctie is tussen bestuur, ICT-management en gebruikers als artsen en patiënten. Daarbij wordt nauw samengewerkt tussen verschillende afdelingen. Sieb Hagoort is namens het Informatiecentrum, waar alle data samenkomt, betrokken bij dit project.

Discrete data

Het MCL maakt gebruik van EPIC als elektronisch patiëntendossier. Met de keuze voor EPIC is destijds ook al rekening gehouden met het feit dat men in de toekomst meer met data wilde gaan doen. Zhang: “Wat doet EPIC namelijk heel goed? Discrete data vastleggen. En waarom wil je discrete data vastleggen? Om het uiteindelijk te hergebruiken en niet alleen om het uit te wisselen met iemand anders. Je wilt daar een bepaalde intelligentie overheen laten gaan, zodat de data ook betekenis gaat krijgen. Die betekenis, daar wil iedereen graag mee aan de slag.”

Uitbreiding dataset

In het MCL wordt al gebruik gemaakt van allerlei rapporten en overzichten. De projectgroep wil nu de volgende stap maken, door ook met dashboards te gaan werken. Een dashboard is eigenlijk een afspiegeling van alle data die je verzamelt, wat vervolgens visueel wordt weergegeven in bijvoorbeeld een grafiek. Vervolgens kan het werkproces daarop bijgestuurd worden. Zhang: “Daarbij kijken we nu vooral naar financiën, logistiek, capaciteit en zorgregistratie, maar we willen ook kijken naar andere aspecten van de zorg. We doen het niet alleen voor de financiën of de planning, maar voor het hele ziekenhuis. We willen op verschillende domeinen kijken naar de raakvlakken, naar de interacties, waardoor het een soort masterplan wordt waar je met je ziekenhuis naar toe wilt. Op dit moment maken we nog onvoldoende gebruik van data. Data kan je uiteindelijk een voorspelling geven op het werkproces. Dat kan logistiek zijn, maar ook kwaliteit.”

Data als beslissingsondersteuner

Er is al veel data beschikbaar in het MCL volgens Hagoort. “De financiële productie en personele informatie is het meest voor de hand liggend. Er wordt al veel verantwoording afgelegd op basis van data. Bijvoorbeeld over kwaliteitsindicatoren naar landelijke instellingen, maar ook financiële verantwoordingen als een jaarrekening. In de zorg willen medisch specialisten echter een zorgproces vaker laten starten met bijvoorbeeld een vragenlijst die vooraf ingevuld is, zodat je daardoor gericht informatie hebt en dus ook gericht een behandelplan kunt opstellen.” Zhang vult aan:

“Data in het zorgproces kan dan als een beslissingsondersteuner gebruikt worden. Dus vooraf ingevulde data, historische data, zorgt ervoor dat een medisch specialist bijvoorbeeld weet wat hij kan gaan doen. Dan varen we niet meer op ons onderbuikgevoel of alles wat we hebben geleerd, maar proberen we echt met maat en getal, statistiek en voorspelling te gaan werken.”

Meer data benutten

Het uiteindelijke doel is om data te gaan gebruiken om de zorg te verbeteren. Zhang: “We gebruiken data nu bijvoorbeeld al voor productierapportages. We zien dan exact wanneer we in de zomerperiode minder patiënten behandelen. Dan kunnen vakanties in die periode gepland worden. Uiteindelijk willen we niet alleen naar het werkproces kijken, maar de data ook verbinden met zorgprocessen om zo ook op kwaliteit en andere uitkomstmaten te gaan sturen. Voor het echte toekomstbeeld waarbij de computer ons vertelt wat we moeten doen en wat de diagnose is, is nog wel tijd nodig.” “Dat begint met goed, tijdig en volledig registreren in de systemen. We moeten eerst zorgen dat we samen de basis op orde brengen en medewerkers laten zien waar goede registratie toe leidt. Wanneer we dat op orde hebben, kunnen we meer data gaan benutten”, vult Hagoort aan.

Veilig gezien, gehoord en geholpen

In het MCL moeten patiënten zich veilig gezien, gehoord en geholpen voelen. Ook voor wat betreft hun data. Daarom lanceerde het MCL eind 2020 een interne campagne gericht op veilig omgaan met privacy en gevoelige informatie binnen het ziekenhuis. Informatieveiligheid raakt allerlei aspecten van het dagelijks werk, daarom is het MCL scherp op privacy. “Alles begint met goed registreren. Daarnaast is het enorm belangrijk om het vertrouwen en de goedkeuring van patiënten te hebben, voordat er wat met de data gedaan mag worden. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat wij correct en volgens alle regels en richtlijnen met hun data omgaan. Dat is ontzettend belangrijk en vraagt inspanning!”, besluit Hagoort. ■

“Het is enorm belangrijk om het vertrouwen en de goedkeuring van patiënten te hebben”



KOM OOK WERKEN BIJ #TEAMMCL

Bij het MCL houden we van mensen. We willen er voor hen zijn op hun kwetsbaarste moment. Daarom vind je bij het MCL collega's die met hoofd én hart voor de zorg hebben gekozen. Collega's die deskundig zijn en die elke dag hun best doen om nog betere zorg te leveren. Het MCL is het grootste ziekenhuis van Friesland. Een veelzijdige en dynamische organisatie met tal van mogelijkheden om jezelf verder te ontwikkelen. Kom ook werken bij #teamMCL.

Bekijk onze vacatures op www.mcl.nl/vacatures

