

MCL

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

winter
2022

IC-verpleegkundige: verliefd op het vak

Werken op een afdeling waar de situatie op het ene moment rustig is en het volgende moment heftisch en acuut.

Na opereren weefsel direct onderzoeken

Een speciale operatietechniek, Mohs' micrografische chirurgie, helpt daarbij.

Altijd up-to-date met MILO

Cruciaal om je taken als medewerker goed te kunnen vervullen.

Zorg buiten de ziekenhuismuren

Hoop

Voor u ligt het nieuwe tweede nummer van ons magazine 'MCL'. U zult in dit nummer geen coronanieuws vinden. Een bewuste keuze. Corona duurt al lang en we zijn er nog steeds volop mee bezig als ziekenhuis. Ook vraagt het ongelooflijk veel van onze medewerkers die al zo lang op hun tenen lopen. We zijn heel trots op hen en hebben heel veel waardering voor het werk dat ze dag in dag uit verzetten. Tegelijk... Corona bepaalt al – te – lang de zorg. Al te lang kunnen we als ziekenhuis niet volledig doen wat we het liefst doen, namelijk iedereen met een terechte zorgvraag helpen, licht of zwaar. Dat het virus een zwaar stempel drukt op de keuzes die we als ziekenhuis kunnen maken, is begrijpelijk. De pandemie is van een omvang en hardnekkigheid die zijn gelijke niet kent in de moderne gezondheidszorg. Maar soms is het ook zeer frustrerend, zeker voor onze chirurgen die weten dat zoveel mensen wachten op een verlossende operatie, maar intussen niet kunnen opereren. Als topklinisch ziekenhuis kunnen en doen we zoveel meer. We leiden zorgpersoneel op, doen wetenschappelijk onderzoek en innoveren volop. Alles om de zorg steeds weer beter te maken, zodat we nog meer mensen kunnen helpen, ook die patiënten die voorheen weinig perspectief hadden. Omdat corona ooit 'gewone zorg' wordt, hebben we ervoor gekozen in dit magazine vooral te laten zien wat het ziekenhuis nog meer is. Waar zijn we goed in? Waarin onderscheiden we ons als MCL en wat merkt de patiënt daarvan? Dat is veel! Daar zijn we ook heel trots op en maken we u graag deelgenoot van. En we doen dit niet alleen, we doen dit samen met onze zorgpartners in Friesland. Daarmee is dit ook een Magazine van hoop, hoop dat we straks ook echt weer alles kunnen doen waar we goed in zijn en waar we voor staan: de beste zorg leveren.

*Patrick Vink,
namens het Bestuursraad*

**ALLES WEER KUNNEN
DOEN WAAR WE GOED
IN ZIJN EN WAAR WE
VOOR STAAN: DE BESTE
ZORG LEVEREN**

Voor het coronanieuws kijkt u op onze website:

www.mcl.nl/coronavirus

Meer weten over ons ziekenhuis? Houd geregeld onze social media kanalen [@mcleewarden](https://twitter.com/mcleewarden) in de gaten.



COLOFON

VORMGEVING

Erik Bosgra
De Bey communicatie & vormgeving

FOTOGRAFIE

Jeroen Adema
Menno de Boer

ILLUSTRATIES

Martha Wijma

HOOFDREDACTEUR

Gerard Akkerman

REDACTIE

Arjen Guit
Jette de Vos
Leanne Wink-Miedema

SCHRIJVERS

Gerard Akkerman
Arjen Guit
Frits Mostert
Chantal Mouès
Marte van Santen
Inge Schippers
Rogier Verhagen
Patrick Vink
Annemarieke Visser
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



58

Eerste Harthulp: de kracht van snelle diagnostiek



IC-verpleegkundige:
verliefd op het vak

85

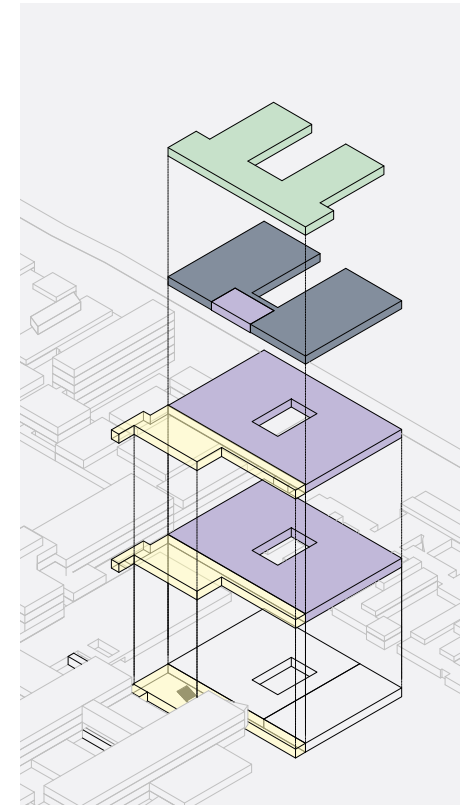


Punt voor Parkinson

74

56

DuurzaamMCL



En verder

- 6 Na opereren weefsel direct onderzoeken
- 10 Altijd up-to-date met MILO
- 13 Column ongemak
- 14 Samen voor de beste zorg
- 18 Oncologische zorg is méér dan alleen chemo ophalen
- 20 "Er komt nog een enorme golf ouderen aan"
- 23 "Sticht je een gezin, fietst de kanker er doorheen"
- 26 Onderzoek: wérkt die operatie?
- 30 Pilot onder patiënten met chronische nierschade
- 34 Maxillofaciale prothetiek: dankbare creativiteit
- 38 De motor van het MCL
- 40 DIA: wat kan slimmer en beter?
- 42 De schaakwereld achter zorginkoop

52

Het imagoprobleem van ECT



- 44 ERATS-trial: zo fit mogelijk de operatie in
- 48 Zorgpad voor kwetsbare ouderen met heupfractuur na de val
- 52 Het imagoprobleem van ECT
- 56 DuurzaamMCL
- 58 Eerste Harthulp: de kracht van snelle diagnostiek
- 62 Van informatiereis naar patiëntenreis
- 66 Calamiteiten: Leren van fouten
- 70 Een moeilijke start: POPP-team ondersteunt bij problematische zwangerschappen
- 74 Alles onder één dak: Punt voor Parkinson
- 78 Zorgen voor een kloppend hart
- 82 Neurologisch onderzoek bij patiënten van jong tot oud
- 85 IC-verpleegkundige: verliefd op het vak

NA OPEREREN WEEFSEL DIRECT ONDERZOEKEN

Als je een huidkanker in je gezicht moet laten verwijderen, wil je daar natuurlijk zo min mogelijk littekens aan overhouden. Een speciale operatietechniek, Mohs' micrografische chirurgie, helpt daarbij.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer



“DOOR DEZE AANPAK VOORKOMEN WE DAT WE ONNODIG GEZOND WEEFSEL VERWIJDEREN”

Monique Dijkstra (53) had al tijden een raar plekje onderin haar hals. Het leek op een klein wondje, met een korstje. "Als ik me na het douche afdroogde, ging het regelmatig open", vertelt ze. "Dan bloedde het een beetje. Het wilde maar niet genezen." Afgelopen voorjaar kaartte ze het aan bij de huisartsassistente. "Laat er toch maar even naar kijken", adviseerde die. Voor de zekerheid nam de huisarts een biopsie. De uitslag: het was basaalcelcarcinoom, een vorm van huidkanker.

Mohs' chirurgie

De huisarts verwees Monique Dijkstra naar het MCL, waar een dermatoloog de aangetaste huid (en een andere plek op haar schouder) zorgvuldig verwijderde. Terwijl ze op operatietafel lag, wees ze de arts erop dat ze óók een raar plekje op haar neus had. "Dat was slechts een paar millimeter groot. Maar door de diagnose huidkanker was ik natuurlijk extra alert geworden." Helaas bleek ook dat kanker. Om plekje het weg te halen, moest Monique een tweede keer onder het mes. Maar nu zou de dermatoloog het anders aanpakken. "Ze vertelde me dat ze voor zo'n operatie in het gezicht een speciale methode hebben, Mohs' chirurgie, waarmee ze het litteken zo klein mogelijk te kunnen houden. Voor die behandeling moest ik dan wel naar het ziekenhuis in Drachten, waar het MCL mee samenwerkt. Dat vond ik geen punt. Ik was al lang blij met het aanbod, want aan de eerdere ingreep had ik flinke littekens overgehouden. Ik moest er niet aan denken dat dat ook op mijn neus zou gebeuren."

Schoon

Mohs' micrografische chirurgie is een speciale operatietechniek, geschikt voor een bepaalde vorm van huidkanker (basaalcelcarcinoom), die vooral in het gezicht wordt gebruikt. De methode is vernoemd naar de bedenker, de Amerikaanse dokter Mohs. Simpel samengevat komt het er op neer dat een speciaal opgeleide dermatoloog bij het wegsnijden van de huidkanker in het gezicht heel spaarzaam te werk gaat. Het litteken blijft op die manier zo klein mogelijk.

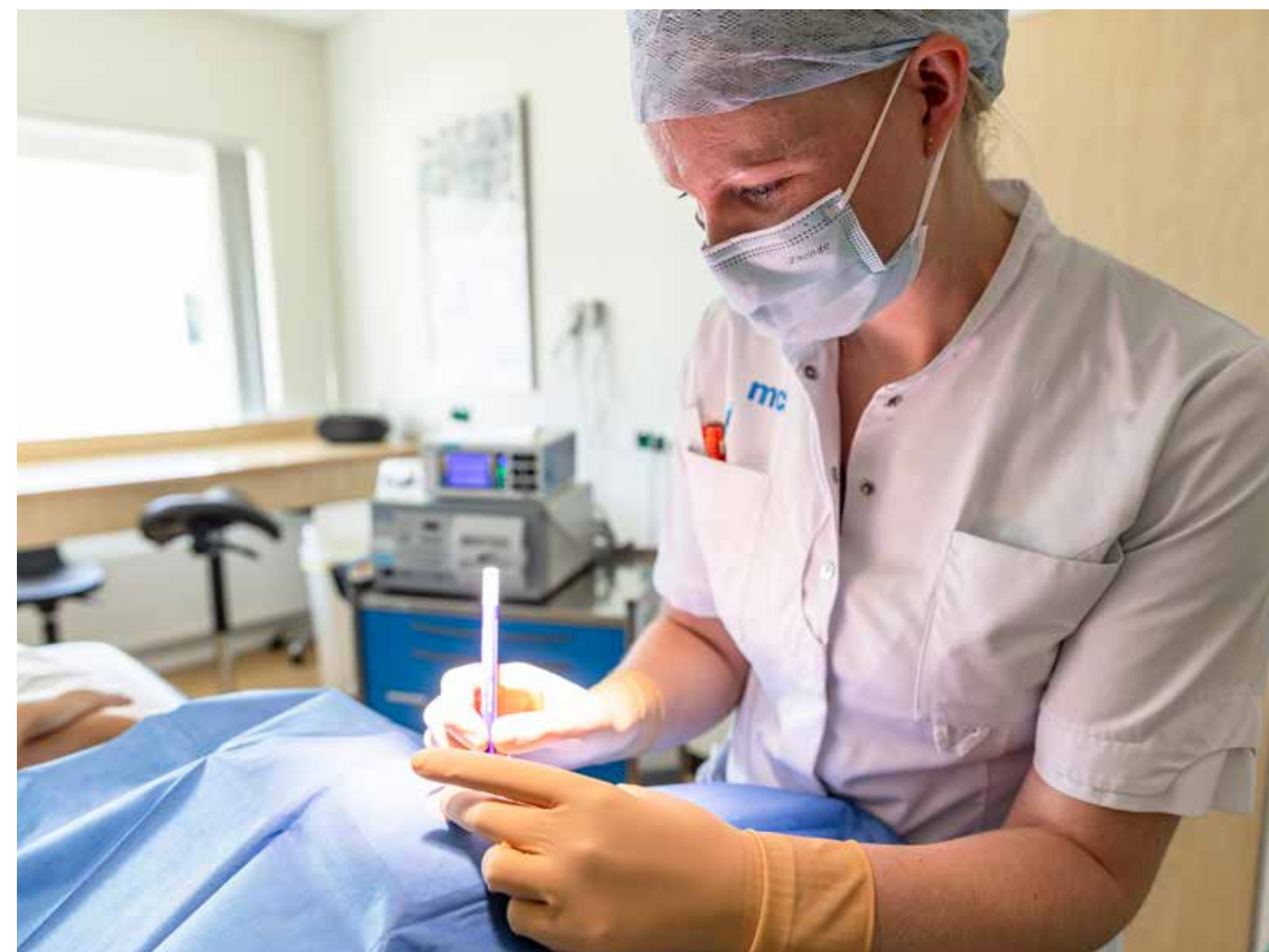
"Natuurlijk wil je wel zeker weten dat de snijvlakken helemaal schoon zijn, en er geen tumorcellen achterblijven" zegt Joline Zuidema, een van de MCL-dermatologen die in deze techniek is gespecialiseerd. "Vandaar dat we het weefsel na het verwijderen meteen onder de microscoop onderzoeken. De patiënt wacht ondertussen in de wachtkamer. Als blijkt dat de kanker niet helemaal weg is, roepen we hem of haar terug en herhalen we de procedure, waarbij we net iets meer wegsnijden."

Gemiddeld zijn er twee rondes nodig voor de huid 'schoon' is. Zodra het sein veilig is gegeven, sluit de arts de wond. Joline Zuidema: "Door deze aanpak voorkomen we dat we onnodig gezond weefsel verwijderen, of dat patiënten later moeten terugkomen voor een tweede operatie."

Kennis van zaken

Jaarlijks worden zo'n 600 Friese patiënten met huidkanker in het gezicht geopereerd met de Mohs-methode. Drie ziekenhuizen werken daarbij samen: het MCL, Nij Smellinghe in Drachten en het Antonius Ziekenhuis in Sneek. "Dat doen we vooral om praktische redenen", aldus Joline Zuidema. "Het vergt nogal wat organisatie om op deze manier te opereren. Bij de afdeling pathologie moet bijvoorbeeld steeds een analist paraat staan om het verwijderde weefsel te prepareren, zodat wij het onder een microscoop kunnen bekijken. Daarnaast hebben niet alleen de specialisten kennis van zaken nodig, maar ook de assistenten. Het loont echt om de krachten te bundelen."

Vandaar dus, dat alle Mohs-operaties in Friesland op één plek worden uitgevoerd, in Drachten. De zeven gespecialiseerde Mohs-dermatologen opereren in duo's drie dagen per week. Samen behandelen ze dan vier of vijf patiënten per dag. Die zijn overwegend 50-plus. Dat heeft ermee te maken dat basaalcelcarcinoom zich meestal heel langzaam ontwikkelt. De grote boosdoener: UV-straling van de zon. "De meeste zonneshade is vaak al op jonge leeftijd ontstaan", verduidelijkt



Joline Zuidema. "In het midden van de vorige eeuw wisten we immers minder goed hoe schadelijk zonlicht voor de huid kan zijn. Mensen smeerden hun kinderen toen dus nog nauwelijks in. Omdat het dikwijls decennia duurt voordat zulke beschadigingen tot huidkanker leiden, openbaren de problemen zich bij veel patiënten nu pas. Gelukkig is basaalcelcarcinoom goed te behandelen en zaait dat zelden uit."

Onzichtbaar

Terug naar Monique Dijkstra. In september 2021 werd het plekje op haar neus met behulp van Mohs' chirurgie verwijderd. "Vooraf was me verteld dat het proces de hele dag kon duren. Bij aankomst was er al een plekje voor me in de wachtkamer gereserveerd. Niet lang daarna werd ik opgehaald voor de ingreep." Onder lokale verdoving sneed de dermatoloog het

plekje weg. Hij vroeg nog of ze het in de spiegel wilde zien, maar daar had ze geen behoefte aan. "Vervolgens kreeg ik een groot drukverband op mijn gezicht en ging ik terug naar de wachtkamer om op de uitslag te wachten. Dat duurde een flinke tijd, maar daar had ik me op ingesteld. Ondertussen werd ik uitstekend verzorgd, onder andere met een lunch." Na een paar uur kreeg ze te horen dat de snijranden schoon waren, en dat de procedure niet hoefde te worden herhaald. Een meevaller.

Een week later was ze terug om de hechtingen te laten verwijderen. "De arts heeft de wond ontzettend netjes gesloten. De hechtingen zaten precies in de plooi van mijn neusvleugel. Als je het niet weet, zie je er niets van. Wel voelt het puntje van mijn neus nog steeds doof. Maar als het goed is, trekt dat met de loop der tijd vanzelf weg." ■

ALTIJD UP-TO-DATE MET MILO

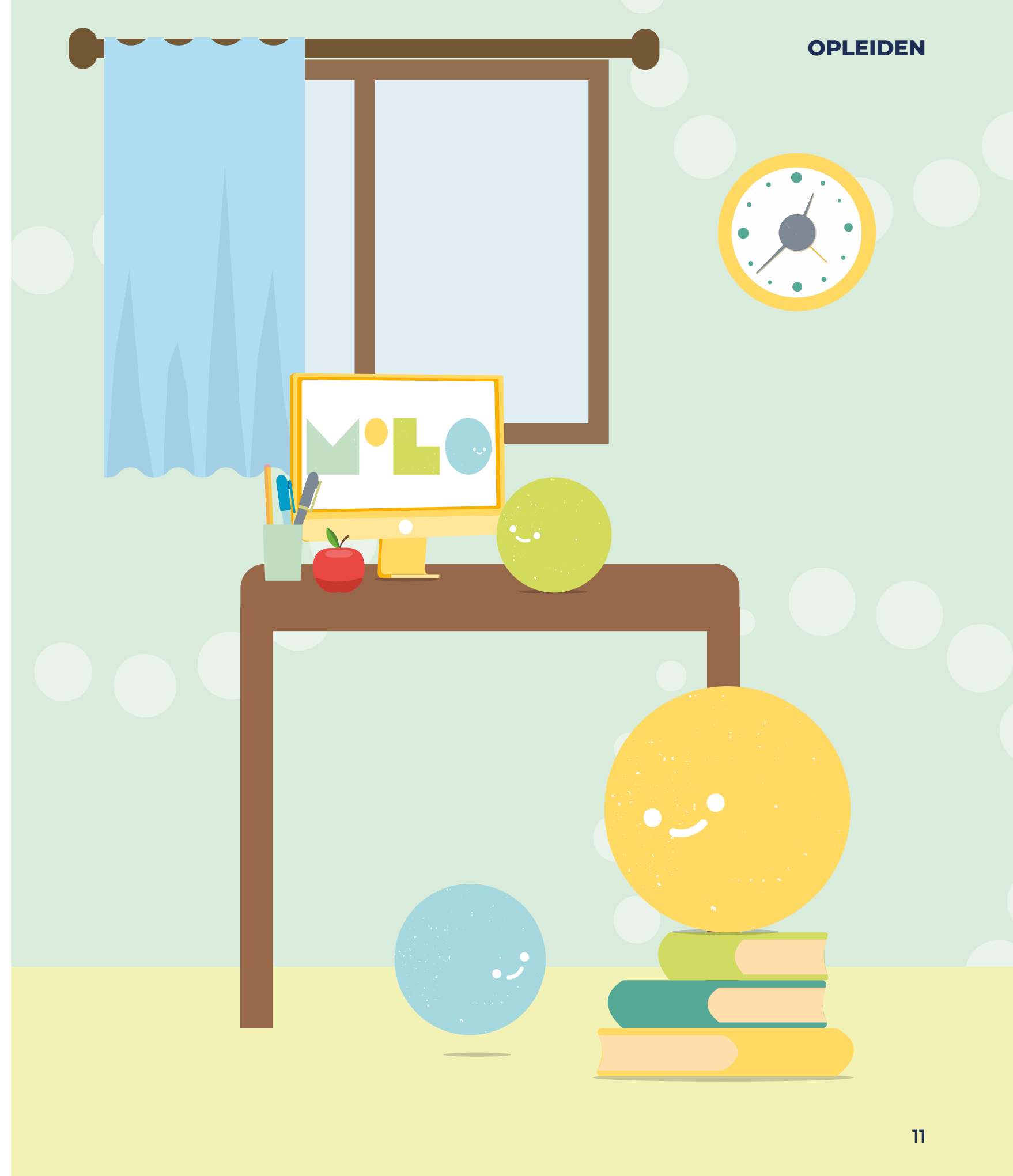
Constant leren. Steeds op de hoogte blijven. Je doorlopend persoonlijk ontwikkelen. Dat is cruciaal om je taken als medewerker goed te kunnen vervullen. Zeker in een ziekenhuisomgeving, die razendsnel verandert. Onze nieuwe, interactieve leeromgeving MILO helpt ons personeel daarbij.

tekst **Marte van Santen** Illustraties **Martha Wijma**

Afgelopen oktober lanceerden we in het MCL MILO, een nieuw, online platform, dat medewerkers helpt om zichzelf continu te ontwikkelen. En zo snel en flexibel te kunnen inspelen op iedere zorgvraag van onze patiënten. "De zorg verandert voortdurend", zegt Martha Jorna, die als projectleider verantwoordelijk was voor de introductie van MILO. "Zowel inhoudelijk als qua organisatie wordt die steeds complexer. Dat stelt hoge eisen aan ons personeel. Des te belangrijker is het dat zij gemakkelijk toegang hebben tot voor hen relevante en hapklare kennis. Daarnaast hechten we er veel waarde aan om medewerkers zoveel mogelijk eigen regie te geven. Met dat in het achterhoofd hebben we MILO ontwikkeld."

Voorheen konden medewerkers ook al terecht op een online leerplein. Wat is het verschil?

"Het leeraanbod in MILO is overzichtelijker en beter georganiseerd. Je kunt intuïtief zoeken op een onderwerp en vindt dan alle relevante content bij elkaar. Op die manier biedt MILO meer kennis op maat, afgestemd op de individuele ervaring en behoefte van een medewerker. In plaats van een volledige e-learning te doorlopen, kun je er nu bijvoorbeeld ook voor kiezen om een deel daarvan te doen, video's te bekijken, een artikel te lezen of een quiz te doen."



Ongemak

tekst Chantal Mouës fotografie Menno de Boer

“WANT ZOALS DE ZORG STEEDS VERANDERT, DOET MILO DAT OOK”

Sommige cursussen, bijvoorbeeld over veiligheid en privacy, zijn toch verplicht?

"Natuurlijk, dat blijft ook zo. Maar daaromheen kunnen medewerkers dus zelf hun leermenu samenstellen, gewoon vanaf hun werkplek. Zo integreren we werken en leren steeds meer. In de praktijk steek je tenslotte het meeste op. Aan de hand van hun functie krijgen medewerkers trouwens ook aanbevelingen van content, die voor hen relevant is. Een beetje zoals op YouTube of Netflix. Daarmee maken we het leren niet alleen makkelijker, maar ook aantrekkelijker en verrassender."

Vanwaar de naam MILO?

"We hebben een wedstrijd onder medewerkers uitgeschreven om een toepasselijke nieuwe naam te verzinnen. De winnaar was MILO, verzonden door apothekersassistente Lisanne van der Meer. Het is een afkorting van MCL Interactieve Leeromgeving en tegelijk een aansprekende en herkenbare naam."

De bouw van zo'n nieuw platform had vast veel voeten in de aarde.

"Zeker weten. Alle content van het oude leerplein en de gebruikersgeschiedenis van de medewerkers moesten we overzetten. Een enorme klus, die we in een paar maanden hebben geklaard. Het gaf ons meteen de mogelijkheid om het leeraanbod op te schonen en zo nodig te actualiseren. Gelukkig is de migratie bijna probleemloos verlopen."

Wat is het belang van MILO voor patiënten?

"Het platform is bedoeld voor personeel, dus patiënten hebben er niet direct mee van doen. Maar het is voor hen natuurlijk wel cruciaal dat de medewerkers van ons ziekenhuis zo goed mogelijk geschoold zijn. Indirect hebben zij er dus ook zeker baat bij."

Is MILO nu klaar?

"De basis staat. Vanaf nu kunnen we de mogelijkheden van het platform steeds verder gaan uitbouwen. We richten bijvoorbeeld een tweede online platform in, MILO Agile Learning, waarop collega's hun kennis laagdrempelig met elkaar kunnen delen."

Eelco den Boer, strategisch adviseur leren en ontwikkelen:

"In het MCL staat de patiënt altijd centraal. Die kunnen we alleen de best mogelijke zorg geven met professionele én bevlogen medewerkers, die het leuk vinden om hun werk te doen. Als je plezier hebt in je vak, heeft dat immers een positief effect op jezelf en op je prestaties. Vanuit de MCL Academie faciliteren we medewerkers op verschillende manieren om hun rol zo goed mogelijk te vervullen. Een belangrijk uitgangspunt is dat we mensen zoveel mogelijk op de werkplek laten leren. MILO speelt daarbij een essentiële rol. Die geeft medewerkers de mogelijkheid om kennis tot zich te nemen, waar ze op dat specifieke moment behoefte aan hebben. Of dat nu een e-learning, een filmpje of een artikel is. Op die manier worden ze optimaal gesteund en wordt het werkproces zo min mogelijk onderbroken."

Stel: een afdeling heeft een heel mooi eigen inwerkprogramma gemaakt. Medewerkers kunnen dat dan op MILO Agile Learning plaatsen, zodat andere mensen uit de organisatie er ook hun voordeel mee kunnen doen. Zo zijn er nog veel meer voorbeelden te bedenken. Arts-assistenten die hun ervaringen online delen bijvoorbeeld, of onderzoekers hun resultaten. Verder biedt MILO straks ook een speciaal leerportaal voor professionals van buiten de organisatie. Denk aan studenten of thuiszorgmedewerkers. Die kunnen dan ook gebruik maken van sommige van onze digitale scholingen. Wie weet komt er in de toekomst wel een speciaal portaal voor patiënten, bijvoorbeeld met online instructies of educatie. Want zoals de zorg steeds verandert, doet MILO dat ook." ■

Meer weten?

Bekijk dan op YouTube een filmpje met uitleg over MILO.



Haar bril herken ik, deze heb ik jaren gedragen in vele soorten en maten. De wens van deze jonge studenten om gezien te worden (of juist niet) geeft een gevoel van ongemak. De jonge "bijna dokter" kijkt strak voor zich uit. Ze zit in onze overdrachtskamer en weet niet goed of ze hier thuis hoort. Een ongemakkelijk en herkenbaar gevoel, alsof je een verjaardagsfeest betreedt met allemaal onbekenden. De indicatiebespreking is in volle gang, de sfeer is ontspannen en de leermomenten zijn niet van de lucht. Toch weet ze zich geen raad met deze gezellige stemming, want "de beurt" is nabij en ze weet niet wat ze niet weet. Terwijl zij zichtbaar worstelt met het aanwezig zijn, verdwijnt de andere co-gedachteloos uit de ruimte.

Ooit was ik ook een co die continu alert was en vooral hard haar best deed te leren zonder (opvallend) fouten te maken. Ik wist best wat ik niet wist en dat was een heleboel. Jaren later, afgestudeerd en plastisch chirurg stak het bij vlagen weer de kop op. Het bleek een naam te hebben, het "imposter syndroom", een absolute favoriet onder vrouwen. Wanneer is dat eigenlijk verdwenen? Wanneer werd het klinisch handelen een jas die 's ochtends aanging? Wanneer stoppen patiënten met achter je kijken of er iemand anders nog een beter oordeel heeft?

Met al onze vergaarde kennis op zak vraag ik me af of wij wel genoeg stilstaan bij de worstelingen van de volgende generatie artsen. Terwijl we met groot gemak een helpende hand kunnen bieden door simpelweg geïnteresseerd en benaderbaar te zijn.

Vertwijfeld kijkt ze om zich heen. Onze co-assistente is 23 jaar oud en door haar bril ziet zij een legioen aan "kennismachtigen". Naast haar een jongeman, kort geknipt, 2 oorbelletjes rechts en versleten gympies.

Wat houdt ons tegen te vragen "Wat beweegt je? Wat wil je? Wie ben je?". En waarom willen wij (en zij) het liefst dat ze al "af" zijn zonder mee te hebben gemaakt wat wij meemaken? Elke dag, live, in de arena van ons ziekenhuis.

Onze co-assistente blijkt een hele leuke, sprankelende jonge vrouw met een passie om gynaecologe te worden. Een echte passie! Zij wil de wereld vrouwvriendelijk maken, onderwijs geven over pijnstilling en bevallen, schaamte en seksuologie en de medische wereld een beetje beter maken. Als ik er zo over nadenk veel hogere doelen dan ik mij ooit stelde tijdens dit leerproces. Het coschap plastische chirurgie is slechts een vertraging op haar weg. Ze is zeker onder de indruk van de enorme breedte van ons vakgebied, het creatieve proces en de passie die er vanaf spat, maar ziet niet dat dit haar verder brengt op haar gekozen pad. Kennelijk vindt ze dat ze binnen de strakke lijnen van haar planning moet blijven en niet mag genieten van leermomenten die daar buiten liggen. Met wat sturing om haar blikveld te verbreden, blijkt haar groeicurve veel steiler en haar enthousiasme voor ons vak groter. Deze bruisende collega stuwt in mij gelijk de passie omhoog om de ander te zien, hoe (on) zichtbaar ze ook willen zijn. Spontaan introduceer ik haar tijdens de koffie bij mijn collega gynaecoloog met de woorden: "Wacht maar! Aanstormend talent, deze wil je hebben!"

Ik schuif mijn bril terug op mijn neus, nu terug naar die jongen... de behoeften van de patiënt en dat is wat mijn hart beweegt. ■

**IDEE VAN CONCURRENTIE
IS ACHTERHAALD**

SAMIEN VOOR DE BESTE ZORG

Concurrentie in de zorg is achterhaald. Willen we in Friesland niet alleen nu maar ook in de toekomst goede en voldoende zorg houden, dan kan dat alleen door samen te werken. Samen te werken als ziekenhuizen, maar ook met ouderenzorg, revalidatie-instellingen, thuiszorg en huisartsen. Netwerkgzorg heeft de toekomst aldus voorzitter van de Raad van Bestuur Patrick Vink en medisch bestuurder Christiaan Hoff. “Het MCL wordt nog te veel gezien als concurrent, als machtsblok. Dat zijn we niet.”

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer



Het MCL heeft onlangs de strategie tot 2030 bepaald. De kern van de strategie is niet meer en groter, maar wel beter. Het accent komt meer te liggen op de complexe meer specialistische zorg voor kwetsbare patiënten. Daar wil het ziekenhuis volgens Christiaan Hoff in excelleren en groeien. Daarvoor krijgt het MCL ook de steun van zorgverzekeraars. Maar het totale budget groeit niet. Dat betekent dat het ziekenhuis een deel van de zogenoemde focuszorg, de geplande meer eenvoudige ingrepen die veel voorkomen, niet meer gaat doen. Die zorg kan worden overgenomen door andere ziekenhuizen. “Daarbij kijken we eerst en vooral naar onze collega’s in Heerenveen.

We zitten immers met de Tjongerschans al in één organisatie. Maar ook met de ziekenhuizen in Sneek en Drachten zullen we de samenwerking blijven zoeken.”

Keuzes maken

“We zullen keuzes moeten maken en dat is ook goed”, aldus Patrick Vink. “We zijn een topklinisch (STZ) ziekenhuis. Veel mensen hebben geen idee wat dat inhoudt, maar het betekent dat we meer complexe topklinische zorg leveren dan een algemeen

ziekenhuis. We zitten daarmee tussen een academisch centrum en een algemeen ziekenhuis in en hebben daardoor ook een andere rol dan de andere Friese ziekenhuizen. We hebben bijvoorbeeld een hartcentrum en doen de meest ingewikkelde oncologiebehandelingen in de provincie. Daarbij werken we steeds beter samen met de andere ziekenhuizen die voor het specialistische deel een patiënt insturen, maar de rest van de behandeling zelf doen. En minstens zo belangrijk: we leiden dokters en verpleegkundigen op, doen wetenschappelijk onderzoek en hebben innovatie hoog op onze agenda staan.”

Promovendi en hoogleraren

De opleiding is cruciaal, omdat de tekorten aan zorgpersoneel groot zijn. Alle Friese ziekenhuizen hebben direct belang en werken ook samen met het MCL als opleidingsziekenhuis. Het ziekenhuis heeft volgens Christiaan Hoff een prima vernieuwend wetenschappelijk klimaat. Er werken veel promovendi en er zijn enkele hoogleraren aan het ziekenhuis verbonden. “In het UMCG bedenken ze nieuwe behandelingen, in het MCL onderzoeken we of ze ook goed werken bij alle doelgroepen.” De opleiding,

het onderzoek en innovatie maken het ziekenhuis aantrekkelijk als werkgever voor ambitieuze dokters, verpleegkundigen en ondersteuners. “Dit onderdeel van ons STZ-profiel heeft een grote aantrekkingskracht voor de hele regio.” Christiaan Hoff, ook darmchirurg, verwijst naar de periode eind jaren negentig waarin het MCL een vooraanstaande positie had in Nederland en zelfs daarbuiten waar het gaat om laparoscopische buik- en darmchirurgie, het opereren via kleine sneetje in de buik. De toenmalige Raad van Bestuur had besloten als eerste vier zogenoemde ‘endosuites’ aan te schaffen, op dat moment de meest moderne operatiekamers

voor deze vernieuwende vorm van opereren. Het MCL was daarmee het eerste ziekenhuis in Europa dat over vier van deze suites beschikte. Dit trok jonge ambitieuze specialisten aan, die een belangrijke rol speelden bij het opleiden van chirurgen in heel Nederland en bijvoorbeeld ook Duitsland. Via beeldverbindingen konden vanuit allerlei ziekenhuizen de operaties in het MCL live worden gevolgd. Een noviteit. Het was een inspirerende tijd, weet Christiaan Hoff nog. Dit zorgde voor een gevoel van trots en tilde het ziekenhuis naar een hoger niveau.”

“UITEINDELIJK DOEN WE DIT ALLEMAAL VOOR DE PATIËNT EN DE KWALITEIT VAN ZORG EN LEVEN”

Hybride operatiekamers

Daar wil het MCL weer naar toe: topklinische zorg op een hoger innovatief niveau. Het ziekenhuis heeft een moeilijke periode achter de rug waarin fors moest worden bezuinigd en er dus ook weinig ruimte was voor grote investeringen. Inmiddels heeft het ziekenhuis de financiën op orde en kan het weer gaan bouwen, te beginnen met een volledig nieuw operatiecentrum en een gloednieuwe Intensive Care. Deze moeten eind 2025 in gebruik worden genomen. De aanschaf van hybride operatiekamers, waarbij tijdens een operatie de chirurg, een radioloog en een ok-team intensief samenwerken, is een forse stap vooruit. Door de aanwezigheid van bijvoorbeeld röntgenapparatuur is het direct mogelijk te kijken hoe een operatie verloopt. Op de IC, waar straks patiënten voor hun herstel ook naar buiten kunnen, is ruimte voor allerlei vernieuwende behandelingen en technologieën. Deze vernieuwingen zijn belangrijk om goede artsen en verpleegkundigen voor het ziekenhuis te behouden en binnen te halen. “Zo blijven we aantrekkelijk.”

Digitalisering

Er verandert meer de komende jaren. Door digitalisering wordt het mogelijk meer behandelingen thuis te doen, zoals thuismonitoring bij hartpatiënten. Door controle op afstand hoeven patiënten straks alleen nog naar het ziekenhuis te komen wanneer er echt iets mis is. Zolang het goed gaat, kunnen ze thuis blijven. “Goed voor de patiënt en de kwaliteit van leven en uiteindelijk draagt het ook bij aan lagere kosten voor de zorg.” Dit is volgens Patrick Vink van belang om de zorg ook voor de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Het MCL wil daarom veel investeren in verdere digitalisering van de zorg, waarbij patiënten uiteindelijk ook meer regie krijgen over hun eigen behandeling bij chronische ziekten. Bij al deze ontwikkelingen worden patiënten nauw betrokken. Wat vinden zij belangrijk in de zorg en welke verbeteringen zijn er nog mogelijk? Daarover kunnen patiënten rechtstreeks meedenken en meepraten. “Uiteindelijk doen we dit allemaal voor de patiënt en diens kwaliteit van zorg en leven.” Een andere belangrijke ontwikkeling is de Juiste Zorg op de Juiste Plaats. Dit betekent zorg in het ziekenhuis wanneer het echt nodig is en zorg thuis of door de huisarts wanneer dit kan. De stadspoli is een mooi voorbeeld. Op verzoek van de huisarts kan

de specialist meekijken met een patiënt en adviseren over diens behandeling. Vaak is dit voldoende en hoeft de patiënt niet door naar het ziekenhuis. Dit is prettiger voor de patiënt, want minder belastend. Bovendien kost het de patiënt niet zijn of haar eigen risico. Dit gebeurt nu nog voor een beperkt aantal specialismen en behandelingen, maar wordt de komende tijd fors uitgebreid.

Revalideren

Minstens zo belangrijk en innovatief is de beweging om kwetsbare patiënten na een zware ingreep vooral buiten het ziekenhuis bij Noorderbreedte of Revalidatie Friesland te laten revalideren. Voor de patiënt veel prettiger, aldus Christiaan Hoff, omdat de ouderenzorg een veel passender en rustiger omgeving is om te revalideren voor kwetsbare patiënten dan de meer hectische omgeving van het ziekenhuis. “Het draagt direct bij aan de kwaliteit van zorg en leven. Bovendien houd je zo meer ziekenhuisbedden beschikbaar voor andere patiënten.” Het feit dat Noorderbreedte, Tjongerschans en MCL samen het concern Zorgpartners Friesland vormen, maakt samenwerking over grenzen heen een stuk eenvoudiger. “Dat is een groot voordeel.” Het verplaatsen van zorg waar dat kan, is een goede ontwikkeling waar het ziekenhuis vol op inzet. Maar allemaal vanzelf gaat het nog niet. “Het heeft de toekomst, maar er zijn nu bijvoorbeeld nog te veel schotten en ingewikkelde regels die een optimale samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen soms bemoeilijken. Daar moeten we van af en daar hebben we ook de zorgverzekeraars bij nodig.” Patrick Vink en Christiaan Hoff denken dat dat een kwestie van tijd is. “Gezien de grote personeelskrapte, de stijgende vraag naar zorg en daardoor ook de stijgende zorgkosten, weten we allemaal dat het anders moet. Dan helpen schotten niet. Wij willen in ieder geval graag anders en zullen er alles aan doen om de betrokken partijen mee te krijgen, in Friesland, maar daarbuiten ook bijvoorbeeld het Universitair Medisch Centrum Groningen, het Martini ziekenhuis en Isala in Zwolle. Het gaat tenslotte om goede complete zorg die beschikbaar is en blijft voor alle Noorderlingen. Als MCL zien we het als een belangrijke opdracht om door opleiding, onderzoek en innovatie en samen met patiënten direct bij te dragen aan het ontwikkelen en mogelijk maken van nieuwe zorgvormen voor de toekomst. Nog beter, patiëntgericht en over de grenzen van het ziekenhuis heen.” ■

Oncologische zorg is *méér* dan alleen chemo ophalen

HET IS BROODNODIG OM BINNEN DE ONCOLOGIE BETER ONDSCHIED TE MAKEN TUSSEN DE VERSCHILLENDE GROEPEN KANKERPATIËNTEN. "WE VOELEN STEEDS MEER DE BEHOEFTE OM NIET ALLEEN HET MEDISCHE DEEL VAN DE ZORG TE LEVEREN MAAR OOK DE ZORG ER OMHEEN," ZEGT ESTHER DE WAAL, INTERNIST-HEMATOLOOG EN MEDISCH MANAGER BINNEN HET ONCOLOGISCH CENTRUM LEEUWARDEN (OCL). ALGEMEEN WORDEN AFSPRAKEN GEMAAKT OM PATIËNTEN ZO FIT MOGELIJK TE KRIJGEN VOOR ZE EEN BEHANDELTRAJECT STARTEN. DAARNAAST KIEST HET OCL ERVOOR OM MEER SPECIFIEKE ZORG TE GEVEN AAN DE OUDERE ONCOLOGISCHE PATIËNT, ZEKER DE GROEP TACHTIG PLUS, EN ALS TEGENHANGER DE JONGERE PATIËNT: DE AYA (ADOLESCENT AND YOUNG ADULT). "WE WILLEN IETS NEERZETTEN WAAR HET HELE MCL BAAT BIJ HEEFT."

tekst: Rogier Verhagen fotografie: Menno de Boer

“Er komt nog een **ENORME** golf ouderen aan”

De groep oude oncologiepatiënten in Friesland is groot en groeit naar verwachting de komende jaren enorm. Daarbij wordt de zorgvraag complexer. Het is dan van belang niet per definitie in de behandelmodus te schieten maar eerst te kijken naar de kwaliteit van leven en naar wat de patiënt zelf wil, stellen internist-hematoloog Mels Hoogendoorn en klinisch geriater Liesbeth Hempenius. “Daarvoor is het belangrijk de kwetsbaarheid van deze ouderen goed in kaart te brengen.”

Er bestaat een breed scala aan internationale oncologiestudies waarin oudere patiëntenpopulaties worden onderzocht. Hoogendoorn twijfelt of de uitkomsten van die studies algemeen toepasbaar zijn. “In die studies zitten mondige ouderen die geestelijk en fysiek in orde zijn. Want stel je voor dat je lever en nieren slecht werken en de medicijnen komen niet goed aan. Dan heb je een slechte uitkomst van de studie en is de fabrikant niet blij.” Er wordt dus behoorlijk geselecteerd en dat betekent dat behandelrichtlijnen die op die studies zijn gebaseerd niet per definitie toepasbaar zijn op de individuele Friese oudere kankerpatiënt. Zeker niet als het gaat om de groep van tachtig plus. Bovendien is het doel van al die studies

om de ziekte weg te werken en zo lang mogelijk te blijven leven. Maar bij oudere patiënten van tachtig plus kan dat vaak niet meer of ze hebben andere wensen en behandeldoelen, zegt Hoogendoorn. “Neem nu een 83-jarige patiënt met – bijvoorbeeld - een ernstige vorm van lymfeklierkanker. “Dat is op papier te genezen met intensieve chemokuren. Er zijn mensen die je volle bak behandelt en na een paar kuren overlijden ze aan de toxiciteit ervan. Er zijn ook mensen die door de kuur heenkomen en blij zijn dat ze die behandeling is aangeboden want daarna hebben ze nog drie waardevolle jaren gehad. De ene patiënt is de andere niet. We moeten tevoren goed inventariseren of een behandeling zin heeft. Hoe



**“MAAR JE MOET OOK WETEN WANNEER
JE STOPT. ZO’N BESLUIT MOET JE
KRACHTIG EN BREED ONDERBOUWEN.”**

kwetsbaar is de patiënt? En wat wil hij zelf? Je kunt je voorstellen dat de wens van ouderen meer gaat richting kwaliteit van leven. Dan kan de keus ook zijn: niet behandelen. De patiënt is dan meer thuis in zijn eigen omgeving en omringd door zijn naasten en dat kan ook een waardevolle tijd zijn. Er is dan niet de stress van telkens naar het ziekenhuis moeten, steeds bloed prikken, steeds meten, steeds moeten... waarna de patiënt even later alsnog overlijdt met misschien – terugkijkend – veel minder kwaliteit van leven. De behandelend specialist weet alles van de behandeling af en wat daarvan de consequenties zijn, maar het niet doen van de behandeling is vaak onderbelicht. Die kant van het verhaal moet meer aandacht krijgen.”

Shared decision making

In gezamenlijkheid, samen met de patiënt beslissen, het zogenaamde ‘shared decision making’ is een hippe kreet. “Maatschappelijk belangrijk, maar niet altijd realistisch”, vindt Hoogendoorn. “Dat is ongelooflijk ingewikkeld bij de oudere oncologische patiëntenpopulatie. Iedereen schuift met zijn grenzen en er komt een krachtenveld van belangen los. Natuurlijk probeer je in gezamenlijkheid te beslissen. Maar het gaat vooral om het achterhalen van waar mensen in hun ziekte nog voor gaan. Is dat puur overleving of wil de patiënt dat ene kleinkind nog geboren zien worden, of dat huwelijk nog meemaken? Soms durven ze tegenover de kinderen niet te zeggen dat ze een

behandeling niet meer willen en is het de familie die moeder of vader nog niet kwijt wil. Daar gaat de patiënt dan maar in mee. Soms zegt de patiënt: 'Wat weet ik? Jij bent de deskundige, beslis jij maar.' Wij moeten dan ook vaak zoeken naar wat het juiste besluit is. Kwaliteit van leven is de essentie. Dat kan zijn: doorbehandelen. Maar je moet ook weten wanneer je stopt. Zo'n besluit moet je krachtig en breed onderbouwen."

Geriatrisch onderzoek

Om precies dát te kunnen doen, werkt het OCL aan een zorgpad waarbij alle specialismen binnen de oncologie samenwerken. Hempenius: "We willen de kwetsbaarheid van de patiënt meer geobjectiveerd zien. We hebben afgesproken om een geselecteerde groep kwetsbare patiënten een geriatrisch traject te laten doorlopen om uit te zoeken hoe het precies met ze gaat. We doen metingen en met een vragenlijst screenen we de patiënt op kwetsbaarheid. Eventueel verrichten we uitgebreid geriatrisch onderzoek waarbij we de lichamelijke, psychische, sociale en functionele problemen in kaart brengen en vragen wat de patiënt zelf in de nabije toekomst met zijn leven wil. De 'patiënt centered goals' dus. Van daaruit wegen we in een multidisciplinair overleg waar alle specialismen binnen de oncologie bij elkaar zitten, met

elkaar af of de voor de hand liggende therapie voor de aandoening passend is, hoe intensief en krachtig we een behandeltraject in moeten gaan en om welke redenen. Ook al denkt een behandelaar dat een patiënt fit genoeg is voor een zware behandeling, dan kan uit dat uitgebreide geriatrische onderzoek blijken dat een patiënt toch heel kwetsbaar is. Dan neem je wellicht ook een ander besluit." Daarbij is het volgens Hoogendoorn ook steeds gebruikelijker om Patiënt Related Outcome Measures, de PROM's te scoren. "Dat is een soort vragenlijst die een patiënt na een eerste kuur kan invullen en kan aangeven hoe het hem tijdens de behandeling in de tijd vergaat. Hoe meer van dit soort PROMS je hebt, hoe meer gegevens je er uit kunt halen. Daarmee begin je beter gefundeerd aan gesprekken met nieuwe patiënten en hun familie. Dat krachtenveld van belangen kun je sterker ingaan. Natuurlijk evalueren we ook na een behandeling om te bepalen of we er goed aan gedaan hebben om voor een bepaald traject te kiezen. Daar betrekken we ook de ervaringen bij van de familie van patiënten. We bewaken het traject dus in de tijd. Dat is goed voor onszelf, en een basis voor eventuele aanpassingen aan een behandeltraject. Dat is voor de toekomst ook heel belangrijk, want vergeet niet: er komt de komende twintig jaar nog een enorme golf ouderen aan."



“Sticht je een gezin, fietst de *kanker* er doorheen”

De AYA-patiënt (Adolescent and Young Adult) is een jongere kankerpatiënt tussen de 18 en 39 jaar. Deze patiënten zitten in een heel andere levensfase dan oudere kankerpatiënten. De oncologische zorg is goed, maar daarna hebben ze andere ondersteuning nodig. “Het is belangrijk daar in het ziekenhuis een goede werkwijze voor af te spreken”, zegt internist-hematoloog en medisch manager Esther de Waal. Die visie wordt breed gedeeld. Inmiddels bestaat er een aantal landelijke AYA-kenniscentra. Voor het Noorden is dat het UMCG en het MCL is gevraagd als een soort satellietcentrum mee te doen.

"We hebben rond de dertig tot veertig AYA's per jaar", zegt Bea Dijkstra, oncologieverpleegkundige en 'AYA-aandachtsvelder'. "Dat lijkt niet zoveel maar toch is het noodzaak om voor deze groep de zorg anders te regelen. Daar waar ouderen bezig zijn met het laatste deel van hun leven, begint het leven net voor deze mensen. Ze houden zich bezig met school, met studie, sommigen stichten juist een gezin en dan fietst de kanker er doorheen. Dat zet hun hele veilige leven op zijn kop."

Vruchtbaarheid

Hodgkin komt veel voor op jongere leeftijd maar er zijn ook patiënten met melanomen, borstkanker, zaadbalkanker en baarmoederhalskanker. De Waal: "Als je iemand van 24 jaar langs ziet komen en die moet aan de chemo, dan is de vraag heel vaak: wat gebeurt er mijn vruchtbaarheid. Kan ik later nog wel kinderen krijgen? Vruchtbaarheid staat bovenaan het lijstje. Daarnaast is het de studie, niet kunnen afstuderen maar ook problemen met vrienden die het niet begrijpen, of contact met ouders dat verandert omdat de rollen veranderen. AYA's moeten zich helemaal hervinden waarbij kanker onderdeel van hun leven wordt." Dijkstra: "We kijken veel meer naar de consequenties van een behandeling voor later, voor thuis. Dat moeten we bespreekbaar maken: welke plek heeft kanker in jullie gezin en hoe gaan jullie er mee om? Soms kun je daar op inhaken en iemand verder helpen en soms merk je ook: prima, het staat allemaal en is geregeld. Bij aanvang van een behandeling weten patiënten het natuurlijk nog niet helemaal en ook niet waar eventuele problemen zullen opdoemen. Maar later in het traject komen dan wel moeilijkheden met een werkgever, verzekeringen of een hypotheek en dat het lastig wordt om met vrienden op vakantie te gaan."

Orderset

De Waal "Juist in dit onderscheidend gebied willen we een aantal essentiële punten in de oncologische zorg benadrukken en zorgen dat we die goed op de rit hebben. Normaal vragen we aan patiënten of ze ondersteuning willen van maatschappelijk werk, maar bij een AYA-patiënt bieden we dat actief aan. Het is geen keus. Het is gewoon onderdeel van het pakket. Je krijgt dat eerste gesprek en dan kijkt maatschappelijk werk wel of ze iemand actief moeten begeleiden of wat meer op afstand. Het

"WE KIJKEN VEEL MEER NAAR DE CONSEQUENTIES VAN EEN BEHANDELING VOOR LATER, VOOR THUIS"

gebeurt soms dat iemand na zijn behandeling zelf aangeeft dat seksualiteit een probleem is. Die drempel is bij sommigen erg hoog. Een afspraak daarover met bijvoorbeeld de gynaecoloog moet standaard zijn, dan bespreken we dit soort onderwerpen vroegtijdig in het traject. Ik wil graag een orderset vaststellen met dit soort afspraken en die digitaal beschikbaar maken in het ziekenhuis; een mooi zorgpad dat uit de computer rolt zodra een arts een AYA-patiënt op zijn spreekuur krijgt. Niet alleen binnen het OCL. Elke zorgverlener in het MCL moet de AYA herkennen en daarmee erkennen dat die speciale zorgbehoeften hebben. Dat is misschien wel het allerbelangrijkste voor een zorgverlener. De orderset is specifiek: je hoeft niet zelf te bedenken wie je allemaal in consult vraagt. Zo'n orderset is een compleet pakketje aandachtspunten dat in de computer staat en naar voren komt als je 'AYA' aanklikt. Dan krijg je direct het overzicht van wie je kunt benaderen. Zo kan de hoofdbehandelaar van een oncologische patiënt, waar ook in het ziekenhuis, zelf de zorg voor die patiënt zo strak mogelijk regelen."

De meeste AYA's willen daarnaast graag een vast aanspreekpunt hebben waar ze met vragen terecht kunnen, merkt Dijkstra "Het instellen van een specifiek spreekuur of poli, al is het maar drie uur per week is een goede optie. Ook bestaat de wens om met lotgenoten in contact te komen. Dat kan via de landelijke AYA-website, www.ayazorgnetwerk.nl waar we de mensen naar verwijzen. Het zou een meerwaarde zijn om zoiets vanuit het MCL te faciliteren. Daar willen we de komende tijd aan werken."





ONDERZOEK: *wérkt die operatie?*

De ziekte van Ménière. Oorsuizen, aanvallen van duizeligheid. En dan zó duizelig dat je er letterlijk kotsmisselijk van wordt. Gehoorverlies. De oorzaak ligt in het evenwichts- en gehoororgaan in het binnenoer. Een goede behandeling is er eigenlijk nauwelijks. Of toch wel? KNO-arts Thomas Peters doet mee met een groot onderzoek naar een operatie die mogelijk soelaas biedt.

tekst Frits Mostert fotografie Menno de Boer

"BIJ VEEL BEHANDELINGEN VAN MÉNIÈRE IS ER EEN GROOT PLACEBO-EFFECT"

Het begint met aanvallen die heel heftig kunnen zijn. Bij veel patiënten leidt het ertoe dat ze niet meer kunnen werken, en het heeft invloed op het sociale leven. De aanvallen kunnen vanuit het niets optreden. En ze kunnen vele uren aanhouden. Het klassieke beeld is dat het voorkomt bij vrouwen tussen de veertig en de vijftig jaar, maar er zijn flink wat patiënten die jonger zijn. Peters: 'Als je het eenmaal hebt, kom je er niet vanaf. De ziekte gaat nooit voorbij. Maar op een gegeven moment krijg je geen aanvallen meer, omdat het aangetaste evenwichtsorgaan volledig is uitgevallen. Het andere evenwichtsorgaan kan die functie doorgaans overnemen. Dat beide evenwichtsorganen zijn aangetast komt maar heel zelden voor.'

Te weinig bewijs

Het MCL doet mee met een onderzoek dat is gestart door het HagaZiekenhuis. Het MCL is het eerste ziekenhuis buiten het Haga dat participeert. Het onderzoek wordt gefinancierd door ZIN/ZonMw. KNO-arts Henk Blom van het Haga was het opgevallen dat in andere landen verschillende operaties worden uitgevoerd. Veel Nederlandse patiënten gaan naar het buitenland voor zo'n operatie. Peters: 'De operatie mag in Nederland niet worden uitgevoerd. De NZa vindt dat er te weinig bewijs is dat het effectief is. Bij veel behandelingen van Ménière is er een groot placebo-effect. De patiënt ervaart verbetering, maar het is niet bekend door welke factoren dat komt. Dat geldt ook voor die operatie. Er zijn geen goede onderzoeken waaruit blijkt of het wel of niet werkt.'

Bij het onderzoek waaraan Peters meewerkt worden in heel Nederland 84 patiënten geopereerd – maar pas nadat andere behandelmogelijkheden zonder effect zijn gebleken. In beide gevallen wordt het kanaal tussen het middenoor en de hersenen

vrij gelegd, zodat er meer ruimte komt. Bij de helft van de patiënten wordt het kanaal vervolgens afgesloten met een clipje. De gedachte is dat de verbinding binnenoor-hersenen een rol speelt bij de ziekte.

Kalium

Bij de ziekte van Ménière worden vermoedelijk twee soorten vloeistoffen in het slakkenhuis (evenwichtsorgaan) met elkaar vermengd. Peters: 'Dat wordt endolymfatische hydrops genoemd. Eén van de twee vloeistoffen tast door kalium de trilhaarcellen aan van het gehoor en het evenwichtsorgaan. Het waarom weten we niet; we weten niet waarom de twee vloeistoffen met elkaar vermengen. Het vermoeden is dat de toestroom van hersenvocht er iets mee te maken heeft.'

Het is voor de patiënten een baanbrekend onderzoek, meent Peters. 'Er zijn wel buitenlandse onderzoeken, maar daarbij is teruggekeken naar het effect. Door de Nederlandse aanpak is heel goed te beoordelen of die operatie effectief is of niet. Als uit het onderzoek zou blijken dat de operatie effectief is, dan is er een kans dat patiënten de operatie ook in Nederland kunnen krijgen. Maar het heeft wereldwijd gevolgen.'

Peters vindt het leuk om met wetenschappelijk onderzoek bezig te zijn. 'Ik ben gespecialiseerd in oren, dus dit onderzoek vind ik erg leuk, maar ik doe ook mee aan wetenschappelijk onderzoek voor immunotherapie bij allergie, en een onderzoek naar neussprays, de internasale corticosteroiden die bij allergieën worden gegeven.' ■

Meer informatie over het onderzoek: hagaziekenhuis.nl/meniere



PILOT

ONDER PATIËNTEN MET CHRONISCHE NIERSCHADE

*Vroege opsporing en adequate behandeling
kan ernstige schade aan de nieren voorkomen*

De meeste nierpatiënten komen pas in het ziekenhuis als ze al dusdanige schade hebben opgelopen, dat ze relatief snel geholpen moeten worden. Maar wat als je mensen met problemen met hun nieren al eerder kunt opsporen, soms zelfs al voordat ze normaal gesproken pas in beeld zouden komen? Dat is precies wat er centraal staat in een pilot onder twaalf huisartsenpraktijken in de regio (goed voor ruim 46.000 patiënten) waaraan het MCL meewerkt. De eerste resultaten zijn hoopgevend voor patiënten, omdat ze beter behandeld kunnen worden, waardoor verdere schade voorkomen kan worden.

tekst Arjen Guit fotografie Menno de Boer

Aaltje Adema, internist-nefroloog in het MCL, is betrokken bij de pilot. "Eind 2018 is Marc Hemmeler (internist-nefroloog, toen nog werkzaam in het MCL, red.) benaderd door Medworq, een bedrijf dat programma's voor netwerkzorg ontwikkelt met een sterk informatiegedreven aanpak. Medworq kwam met vraag of wij nefrologen mee wilden werken aan het programma Gezonde Nieren. Dit programma heeft als doel het optimaliseren van de zorg voor mensen met chronische nierschade, door ze vroegtijdig op te sporen, tijdig te controleren en adequaat te behandelen", legt Adema de oorsprong van de pilot uit.

Samenwerkingsverband

De pilot is een samenwerking tussen ziekenhuizen, nefrologen en huisartsen uit de regio en laboratorium Certe. Ook de Nierstichting is aangehaakt, net als Zorgbelang Fryslân en de zorgverzekeraar (destijds De Friesland, nu Zilveren Kruis). Zelf is Adema sinds 2019 betrokken bij de pilot. Sinds het vertrek van Hemmeler is zij voorzitter van de stuurgroep. Adema geeft daarnaast ook frequent scholingen, zowel binnen het project als daarbuiten. Op die manier wil ze haar kennis verder delen met de huisartsen en praktijkondersteuners in de regio. Dit leidt tot betere zorg. Het doel van de pilot is het vroegtijdig opsporen van mensen met chronische nierschade. En dat is erg zinvol, benadrukt Adema: "Uit cijfers blijkt dat zo'n 11% van de Nederlanders hiermee kampt. Maar 40% van de mensen met chronische nierschade weet niet dat hij dit heeft. En hoe eerder je het weet en hoe eerder je het dus kunt behandelen, hoe beter je het af kunt remmen en hoe minder mensen er uiteindelijk aan de dialyse toekomen."

Patiënten vroegtijdig opsporen met digitale tool

Dat vroegtijdig opsporen gebeurt met behulp van een ICT-tool. Certe zorgt ervoor dat alle nierfuncties die worden gemeten – of dat nu in het ziekenhuis is gebeurd of bij een huisarts – worden doorgezet naar het huisartseninformatiesysteem. Op dat systeem wordt een

ICT-tool losgelaten. Alle mensen waarbij ooit een verminderde nierfunctie of eiwitverlies in de urine is gevonden, worden daarmee opgespoord. Die worden in een online dashboard geplaatst. "Uit de pilot blijkt dat een gedeelte van de patiënten met nierschade überhaupt niet onder controle is. En bij een groot deel kan de zorg nog worden verbeterd", aldus Adema over de meerwaarde van deze methode. Het dashboard signaleert vervolgens welke acties worden geadviseerd voor opvolging van deze patiëntenpopulatie.

Interventiebezoeken

Een van de taken van Adema in de pilot, is het uitvoeren van interventiebezoeken. Dit houdt in dat ze op bezoek gaat bij de huisartsenpraktijken en daar samen met de huisarts, praktijkondersteuners en apotheker de patiënten bespreekt bij wie nierschade is vastgesteld. De signaleringen in het dashboard dienen daarbij als leidraad voor het interventiebezoek. "We kijken dan hoe de zorg voor die mensen geregeld is. Veel mensen bleken niet geregistreerd te staan als patiënt met nierschade. Huisartsen krijgen bij geregistreerde patiënten een pop-up wanneer een bepaald medicijn niet goed is voor de nierfunctie. Door ze te labelen als nierpatiënt, kun je de zorg dus meteen al verbeteren. Daarna kijken we bij wie de patiënt het beste zorg kan krijgen. We streven naar de juiste zorg op de juiste plek: dichtbij huis als

het kan, in het ziekenhuis als het nodig is. Veel patiënten blijken goed behandeld te kunnen worden bij de huisarts. Verder kijken we of de richtlijnen die er zijn voor de behandeling goed worden opgevolgd. Denk aan hoe vaak de nierfunctie, eiwitverlies in de urine en bloeddruk worden gecontroleerd. We zien dat deze in de praktijk onvoldoende nageleefd worden. Door dit te bespreken bij de interventiebezoeken, kunnen we dit verbeteren."

Optimalisatie van behandeling

Wat betekenen de resultaten van de pilot nu concreet voor mensen met chronische nierschade? Een beter beeld van de patiënten en daardoor meer mogelijkheden om ze doeltreffender te kunnen

**"ALS WE DIT
PROGRAMMA KUNNEN
VOORTZETTEN,
KUNNEN WE ERVOOR
ZORGEN DAT MENSEN
MET CHRONISCHE
NIERSCHADE
MINDER VAAK IN
HET EINDSTADIUM
TERECHTKOMEN"**



behandelen. "Samen met de huisarts en apotheker hebben wij de patiëntengroep met chronische nierschade nu veel beter in beeld dan voorheen. Dat maakt dat ze bijvoorbeeld beter beschermd zijn tegen het voorschrijven van verkeerde medicijnen. Aan de hand van deze nieuwe methode kan de keuze voor medicijnen gerichter afgestemd worden op de individuele patiënt", aldus Adema. "Ook worden patiënten nu dus beter conform de richtlijnen behandeld. Al met al kijken we nu veel beter naar de diverse aspecten van de behandeling." Daarnaast zijn er gedurende de pilot ook daadwerkelijk patiënten met chronische nierschade opgespoord, die hiervoor niet onder controle bleken te zijn. Patiënten die anders mogelijk 'gemist' werden en pas later, wanneer er al meer schade was geweest, in beeld kwamen. "Precieze cijfers hiervan hebben we niet, maar we hebben zeker de indruk dat we meer patiënten hebben opgespoord", legt Adema uit.

Betere vooruitzichten

Een gerichtere behandeling, medicijnen die zijn afgestemd op de patiënt, richtlijnen die beter opgevolgd worden en patiënten die eerder in beeld komen – de opbrengsten van de pilot spreken voor zich. En dat is natuurlijk pure winst voor de nierpatiënt. Door een eerdere en betere behandeling, worden de vooruitzichten immers veel rooskleuriger. Verdere schade, die voorheen wel optrad, kan door deze nieuwe methode in veel gevallen voorkomen worden. Adema: "Als we dit programma kunnen voortzetten, kunnen we ervoor zorgen dat mensen met chronische nierschade minder vaak in het eindstadium terechtkomen. Nierschade kan ook leiden tot hart- en vaatziekten, dus ook dat kunnen we zo tegengaan."

Opschaling

De pilot begon in november 2020 en liep in eerste instantie een jaar. De eerste fase is hiermee afgerond en de resultaten zijn, zoals beschreven, bemoedigend. Er kunnen dus ook al concrete lessen uit getrokken worden waarmee patiënten beter behandeld kunnen worden. Maar dat betekent niet dat Adema en haar collega's klaar zijn met de pilot. In tegendeel: ze hopen het naar een nog hoger niveau te kunnen tillen en het op grotere schaal uit te voeren. "We kijken nu in samenspraak met de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen of we het project kunnen opschalen, zodat meer huisartsenpraktijken en apothekers kunnen deelnemen en nog meer mensen op langere termijn kunnen profiteren. Dit soort programma's zijn zeer waardevol en een voorbeeld voor netwerkzorg in de praktijk. Het is echt een nieuwe manier van zorg verlenen." ■



Maxillofaciale prothetiek: *dankbare creativiteit*

Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) in het MCL herbergt een bijzonder specialisme: de maxillofaciale prothetiek (MFP). Een CBT biedt hulp aan patiënten bij wie de behandeling in de algemene tandartspraktijk niet goed mogelijk is. Een tandarts MFP is gespecialiseerd in de behandeling van aangeboren afwijkingen zoals een schisis, niet aangelegde tanden en kiezen (hypodontie) en de behandeling van verworven afwijkingen zoals trauma's van het aangezicht en tumoren in het hoofd-halsgebied. Het is een dankbaar vak", zegt tandarts-MFP Werner Fiets. "Het kan van grote invloed zijn op de kwaliteit van leven van deze patiënten."

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer



Fiets vormt samen met zijn collega's Ad Slagter en Liesbeth Boerrigter het team tandartsen-MFP in het MCL. Het Centrum Bijzondere Tandheelkunde ziet jaarlijks ruim 2400 patiënten van wie er circa 20% nieuw worden verwezen. Een kwart van hen komt met ernstige problemen met een gebitsprothese terecht bij Fiets, Slagter en Boerrigter terecht.

Tandeloze kaak

“Het leeuwendeel van onze patiënten heeft problemen met een gewone gebitsprothese, een kunstgebit”, zegt Fiets. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de kaakwallen dusdanig ernstig geslonken zijn, dat een prothese te weinig houvast heeft. Ook is het mogelijk dat de verhouding tussen de boven- en onderkaak ongunstig is. Dan moeten vaak implantaten in een kaak geplaatst worden waarop de prothese bevestigd kan worden. Een tandheelkundig implantaat is een kunstwortel van titanium. In het MCL worden implantaten door de kaakchirurgen geplaatst. Als de kaak te smal of te laag is moet de kaakchirurg extra bot aanbrengen voordat een implantaat geplaatst kan worden. Bij het aanbrengen van implantaten moet in de onderkaak rekening worden gehouden met het verloop van een zenuw en in de bovenkaak hebben we te maken met kaakholtes. “Wij bepalen in overleg met de kaakchirurg de juiste plek voor de implantaten. Op die implantaten maken wij dan weer een op maat gemaakte gebitsprothese. Dat moet goed op elkaar worden afgestemd, dus met de kaakchirurgen werken we heel nauw samen. Dit soort werk doen we dagelijks. We kunnen niet zonder elkaar.”

Droge mond

Een andere uitdaging voor Fiets en zijn collega's vormen de ongeveer honderd patiënten met hoofd-hals tumoren die ze jaarlijks zien. “We zijn met het UMCG het hoofd-hals oncologisch centrum voor het noorden van het land. Deze patiënten komen veelal eerst bij de afdeling Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie of bij KNO waar kaakchirurgen en KNO-artsen werken die tevens hoofd-halsoncoloog zijn. Wij worden al vroeg in het behandeltraject van deze patiënten betrokken. Daarbij gaat het vooral om advieswerk en het maken van afdrukken en foto's om naderhand, na oncologische operatie en behandeling bijvoorbeeld een passende prothese te kunnen maken. De kaakchirurg kijkt welke tanden en kiezen getrokken moeten worden om de mond vrij van ontstekingen te maken. Een tandarts-MFP bekijkt vooraf hoe de gebitsfuncties later in het traject weer zo goed mogelijk hersteld kunnen worden. Wellicht worden delen van kaken verwijderd en als een patiënt bestraald moet worden dan is het bot na bestraling

“Gedurende het proces kijk ik waar ik tegenaan loop en zoek uit hoe ik dat weer kan oplossen.”

levenslang minder goed doorbloed en kun je meer problemen krijgen als daarna nog extra tanden en kiezen getrokken moeten worden. De tandarts kan adviseren om implantaten in de kaak te plaatsen voorafgaand aan eventuele radiotherapie.”

Botdichtheid

Na die eerste fase duurt het soms lang voor Fiets of zijn collega's die patiënt weer terugzien. Fiets: “De kaakchirurg bepaalt wanneer wij aan de gang mogen. Het kan zijn dat een mond dusdanig is behandeld dat het ruim een jaar duurt voor wij aan de beurt zijn. Een oncologische behandeling richt onherroepelijk schade aan en dan kan de situatie toch anders zijn dan we tevoren dachten. We moeten vaak inventief zijn. Bestraling heeft consequenties voor de genezing van bot en – even belangrijk – de werking van de speekselklieren. Als die ook bestraald worden, werken die klieren minder en krijgen mensen een droge mond. Dat is niet alleen slecht voor het gebit, maar een droge mond zorgt er ook voor dat een normale gebitsprothese zich moeilijk tot niet 'vastzuigt' om de kaak. Dan is het belangrijk dat de kaakchirurg tijdig weet waar hij de implantaten moet plaatsen waar wij de prothese aan kunnen vastmaken. Sommige patiënten kunnen door de behandeling en de bestraling hun mond niet meer zo ver open doen. Dat betekent dat ik de prothese moet aanpassen en eventueel de kiezen lager moet opstellen omdat ze anders geen vork met eten meer langs het gebit kunnen krijgen. Denk ook aan een patiënt die als gevolg van het verwijderen van een kwaadaardige afwijking een deel van zijn tong moet missen. Dan kan het zijn dat als ik een normale prothese maak, de tong niet meer bij het gehemelte komt en de patiënt dan niet goed kan slikken. Dus gedurende het proces kijk ik waar ik tegenaan loop en zoek uit hoe ik dat weer kan oplossen.”

Sjabloon

MFP-ers zijn dus creatieve geesten die unieke protheses maken voor hun patiënten. Soms moet daarvoor iets compleet nieuws worden bedacht en ontwikkeld. Daarbij werken de MFP-ers nauw samen met technici uit verschillende laboratoria, zoals het laboratorium voor maxillofaciale prothetiek in Groningen. Fiets: “Ik heb eens een patiënt gehad met een zeer gevoelig oor die werd verwezen door de plastisch chirurg. Daar heb ik een soort kussentje voor bedacht. Dat had het laboratorium ook nog nooit gemaakt, maar ik had ergens een artikel gevonden en van daaruit ben ik verder gaan zoeken. Samen komen we er dan altijd uit. Alle afdrukken en foto's die we maken, helpen de technici in het laboratorium om een prothese te maken. Ook maken wij sjablonen die de kaakchirurg kan gebruiken bij het plaatsen van implantaten voor een oor- of aangezichtsprothese.” De meest intensieve patiënten zijn volgens Fiets de mensen die

defecten in de bovenkaak krijgen waardoor spreken en slikken in het geding is. “Dan moeten wij een prothese maken die als een 'stop' de opening tussen mond- en neusholte afsluit. Doen we dat niet, dan kun je patiënten die dit overkomt niet meer verstaan doordat ze geen luchtdruk kunnen opbouwen in de mondholte omdat er lucht weglekt via de neus. Bij oudere schisis-patiënten hoor je nog wel eens, dat ze slecht te verstaan zijn omdat er via de neus lucht ontsnapt. Ook met drinken komt er dan telkens water in de neus. Kijk, oncologiepatiënten zijn eerst bezig om de kanker te overleven en daarna gaan andere zaken weer een rol spelen, zoals het uiterlijk en het herstel van hun gebitsfuncties. Dan kunnen wij zichtbaar bijdragen aan de kwaliteit van hun leven. We behandelen tenslotte ook kinderen en jong-volwassenen met oligodontie, bij wie minimaal 6 tanden of kiezen niet zijn aangelegd en andere tanden afwijkend van vorm kunnen zijn. Ja, als je dat heel esthetisch kunt oplossen is dat geweldig.” ■



De motor van het MCL

tekst Jette de Vos fotografie Menno de Boer

Het werk van IT-operations in cijfers

- 6000 medewerkers (ook noorderbreedte)
- 4200 werkplekken
- Meer dan 10.000 apparaten
- Meer dan 1000 servers
- 300 applicaties

De patiëntenzorg wacht niet

De zorg digitaliseert. Techniek is in de zorg niet meer weg te denken. Van patiëntendossier, beeldbellen, mijnMCL, thuiswerken tot aan thuismonitoring van het hart- of slaapritme van een patiënt. Er wordt hierin steeds meer mogelijk. Deze ontwikkelingen zijn ook noodzakelijk om goede zorg te bieden.

Een groot team van ICT-specialisten zet zich dagelijks in om al deze techniek draaiend te houden. Maar kijkt ook continu naar hoe er geïnnoveerd kan worden. Waarom is hun werk zo belangrijk en aan welke innovaties wordt er gewerkt? Jan Zeinstra (Technisch beheerder) en Marcel Talman (teammanager) vertellen.

De patiëntenzorg wacht niet

Op het moment dat er op technisch gebied problemen zijn, merk je vaak pas hoe belangrijk het is dat zij er snel en vakkundig voor zorgen dat er een oplossing komt. Hierdoor ziet elke dag er weer anders uit voor Jan en Marcel. Jan: 'Zodra een zorgmedewerker iets niet kan, is het zaak om dit zo snel mogelijk op te lossen. Dit kan zijn van opnameapparatuur van een radiologisch verslag tot aan onze automatische kledinguitgifte.' Veel onderzoeken en behandelingen kunnen niet zonder technische ondersteuning. De patiëntenzorg wacht niet.

Aandachtsgebieden

Marcel: 'In het MCL zijn meer dan driehonderd applicaties waar wij verantwoordelijk voor zijn. Elk technisch middel wordt door ons beheerd. Wij zorgen ervoor dat de medewerkers veilig kunnen (thuis)werken, maar ook dat de data van een zuurstofmeter van A naar B wordt gestuurd en wordt opgeslagen.' Elke technisch beheerder heeft daarom zijn eigen aandachtsgebied waarin diegene gespecialiseerd is. Jan: 'We werken met enorm veel medewerkers tegelijkertijd in allerlei systemen. Je wilt niet dat er vertraging ontstaat hierdoor. Aanpassingen die ik doorvoer, kunnen van invloed zijn op de hele keten. Hier houd ik constant rekening mee en dat brengt verantwoordelijkheid met zich mee.'

Servers

Alle applicaties die in het MCL gebruikt worden draaien op verschillende servers. Servers zijn eigenlijk de machines waarop alle techniek draait. Buiten het MCL staan ook nog diverse servers. Zogenaemde back-up servers. Deze servers kunnen ingezet worden in geval van storingen.

De toekomst

De zorg digitaliseert. Werkplekken worden steeds mobieler. Naast computers documenteert een arts steeds vaker op een tablet of mobiele telefoon. Patiënten ontvangen steeds meer zorg vanuit huis en communiceren met hun arts via bijvoorbeeld mijnMCL. IT-operations bedenkt en ontwikkelt hiervoor mogelijkheden om medewerkers en patiënten in te voorzien én om dit veilig te kunnen gebruiken. Kortom, de ICT-afdeling van het MCL zorgt ervoor dat de motor van het ziekenhuis blijft draaien. ■

Kom ook werken bij #teamMCL

Wist je dat we op onze ICT-afdeling geregeld nieuwe collega's zoeken? Houd onze vacatures in de gaten. Meld je bijvoorbeeld aan voor onze jobalert. Krijg jij automatisch een seintje als wij een nieuwe collega zoeken.

Scan de QR-code of kijk op www.mcl.nl/vacatures



DIA:

Wat kan slimmer en beter?

tekst Frits Mostert fotografie Menno de Boer



‘Eigenlijk is DIA (Dienst Informatie en Administratie) de TomTom van de organisatie, meent manager Olke Dijkstra. ‘Wij tonen de koers die je volgt, bewaken of je nog steeds op de goede route zit en geven adviezen over een alternatieve routes.’

Wie bij DIA denkt aan boekhouding en financiën heeft geen ongelijk, maar ziet maar een deel van het plaatje. ‘We bestaan uit een aantal deelgebieden die deels achter de coulissen werken, maar ook mensen die min of meer de souffleur zijn, bijvoorbeeld in adviezen aan het ZE-management. ‘Achter de coulissen heb je de financiële administratie, die er voor zorgt dat facturen verwerkt worden en de juiste boekingen worden gemaakt. Dus dat onze leveranciers op tijd worden betaald maar ook dat het geld binnenkomt door facturen te versturen en de juistheid van financiële gegevens wordt gegarandeerd.’ Business control en zorgadministratie werken meer op de voorgrond. Business control is de sparring partner voor het ZE-management, en geeft aan of de ZE nog op koers ligt. Zorgadministratie houdt zich onder meer bezig met wet- en regelgeving. Waar kan een ZE slimmer en beter registreren? Concern Control kijkt vervolgens over de hele organisatie. ‘Wat er gebeurt, is dat in lijn met de strategie? Hoe zit het met externe ontwikkelingen en welke gevolgen hebben die voor de bedrijfsvoering van het MCL? Hier vinden ook de verkoopgesprekken met zorgverzekeraars plaats. Er moet wel omzet binnenkomen.’

Langetermijnprognose

DIA helpt doelen te bewaken en te verantwoorden naar RvB, bestuursberaad en ZE's, maar ook naar financiële partijen zoals banken of zorgverzekeraars. Contacten met financiële partijen zijn een belangrijke taak voor DIA. ‘De banken zijn nodig voor investeringen zoals bouw. Je moet dan aan de banken duidelijk maken hoe de bedrijfsvoering verloopt en wat hierin wordt verwacht. De bank moet ons dan weer een aantrekkelijke partner vinden om geld in te investeren, waarbij de bank ook de zekerheid heeft dat het geleende geld weer terugkomt. Die financieringen binnenhalen en beschikbaar houden is een belangrijke taak van DIA. We zijn dus bezig de concernstrategie te vertalen in financiële termen, met de vraag: is het überhaupt betaalbaar? Waar gaan we met de langetermijnprognose, zeg tien jaar, naar toe? Je zit doorlopend te schakelen tussen kennis

van bedrijfsvoering, de ontwikkelingen in de buitenwereld en de buitenwereld naar binnen brengen.’ Financiële partijen hebben invloed op wat het MCL doet. ‘Zulke bedrijven mijden risico's. Een bank geeft nooit een blanco cheque. Er worden altijd randvoorwaarden gesteld om de financiering op te kunnen halen en te blijven behouden. De bank bemoeit zich niet met de directe bedrijfsvoering maar beoordeelt wel op basis van performance en risico's.’

Financieel gezond

Er is gelukkig heel veel bereikt met het project Financieel Gezond. ‘Een eerste stap was dat de productie werd gehaald en de omzet gegeneerd. Er is heel veel gedaan. Het laatste restje moet nog wel gebeuren.’ De totstandkoming van onderscheidende gebieden en het topklinisch profiel kan alleen als we als MCL financieel gezond zijn. En dat, betoogt Dijkstra, vraagt dat je breder kijkt dan het eigen belang. ‘Dus niet alleen naar je eigen ZE kijken. Het kan in het belang van het MCL zijn dat je eigen afdeling wat minder aandacht krijgt en de buurman iets meer. Dat vraagt om samenwerking. Dus de vraag is: welke stuurinformatie komt er op je dashboard te staan, en wat is de rol van de driehoek capaciteitsmanagement – DIA – personeel. Daar moeten we meer streven naar een integrale benadering en advies aan de ZE's. DIA speelt een belangrijke rol, maar we redden het niet zonder bijvoorbeeld capaciteitsmanagement of P&O. ‘De onderlinge relatie en de dwarsverbanden zijn enorm belangrijk. Je moet het benaderen vanuit het totale MCL-belang. Dat vraagt om flexibiliteit en realisme. Je moet keuzes maken. We moeten ons aan de curatieve kant voorbereiden op krimp en andere vormen van zorg. De overheid zet in op de juiste zorg op de juiste plaats. Aan de andere kant stijgt de zwaarte van zorg. Dat vraagt vooral om slimmer werken, flexibiliteit en slimme technologie. Bijvoorbeeld digitalisering. Daarnaast is vergroening en duurzaamheid een relevant thema. Digitalisering en bijvoorbeeld het voorkomen van reisbewegingen van en naar het ziekenhuis levert daar een eerste mooie bijdrage aan.’ ■

De schaakwereld achter ZORGINKOOP

Als je als patiënt in het ziekenhuis ligt, dan krijg je de zorg die je nodig hebt. Dat klinkt heel logisch. Je bent als patiënt helemaal niet bezig met hoe jouw zorg tot stand komt. Maar zo simpel als het klinkt, zo interessant en ook ingewikkeld is het gehele proces wat eraan voorafgaat. Arno Vink, onze accountmanager zorgcontractering, weet hier alles vanaf: "Ik begeef me in een interessante wereld als het gaat over onderhandelingen met zorgverzekeraars".

tekst Annemarieke Visser fotografie Menno de Boer

Zorginkoop is het binnenhalen van het benodigd zorgbudget door middel van contracten. Iets eenvoudiger uitgelegd: het MCL maakt met zorgverzekeraars financiële afspraken om de zorg te kunnen leveren aan zijn patiënten. Arno: "Hier heb ik beperkte speelruimte. Als je het vanuit ons als ziekenhuis bekijkt, dan willen wij zo goed mogelijke zorg leveren. De verzekeraars op hun beurt willen die zorg zo goedkoop mogelijk verkopen. Daar zit een spanningsveld en dat vind ik ontzettend interessant".

Schaakspel

Zorginkoop is iets wat Arno niet alleen doet, integendeel. Arno: "Voordat de gesprekken met de zorgverzekeraars starten, heb ik in het MCL veel gesprekken met afdelingen. Zij maken begrotingen waarin ze aangeven wat de afdeling verwacht financieel nodig te hebben en wat eventueel andere wensen zijn. Daarnaast is het belangrijk om met alle betrokkenen te kijken naar wat we bijvoorbeeld verwachten aan groei. Willen we groeien en hebben we het personeel en de bedden om die groei te kunnen realiseren? Kunnen we dit vervolgens krijgen van de verzekeraar? Etcetera. Er gaat een heel proces aan vooraf".

Je kunt het proces wel vergelijken met een schaakspel. Eerst is het MCL aan zet, daarna de verzekeraar en dat gaat een aantal gesprekken zo door. Uiteindelijk is de onderhandeling afgerond en hoop je dat er een passend akkoord ligt. Arno: "Ik denk dat het spanningsveld voor beide partijen groot is. Het MCL en de zorgverzekeraar kunnen niet zonder elkaar. Voor verzekeraars is het lastig uitleggen aan hun verzekerden indien er geen contract ligt en het MCL wil geen patiënten uitsluiten, omdat er met een bepaalde verzekeraar geen contract is afgesloten. Het verzorgingsgebied van het MCL heeft relatief veel vergrijzing ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Dit resulteert over het algemeen in patiënten die duurdere zorg nodig hebben. Je moet dus op een duurder budget onderhandelen. Daarnaast komt er in het MCL steeds meer complexere zorg. Budgetten uit andere ziekenhuizen verschuiven niet altijd zonder meer mee naar het MCL, waardoor er mogelijk extra onderhandeld moet worden met de verzekeraar".

Meerwaarde voor de zorg

Arno is nog maar kort accountmanager zorgcontractering maar hij vindt het werk nu al ontzettend leuk. Arno: "Ik vind het fantastisch om na te denken over hoe zorg beter dan wel anders kan of gelijkwaardig blijft. Denk bijvoorbeeld aan de Stadspoli Leeuwarden. Dit is een andere manier van zorg organiseren en ik streef ernaar de belangen van betere patiëntenzorg voorop te stellen. Je komt op die manier overal, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Het fungeren van bemiddelaar tussen zorgverlener en zorgverzekeraar vind ik een leuke, uitdagende en interessante functie. Daarmee hoop ik van meerwaarde voor de organisatie te zijn". ■



ERATS-TRIAL: *zo fit mogelijk de operatie in*

WELKE ZORG IS NODIG OM LONGKANKERPATIËNTEN ZO FIT MOGELIJK TE KRIJGEN VOOR DE OPERATIE EN ZE NADERHAND ZO SNEL MOGELIJK TE LATEN HERSTELLEN? IN 2019 PUBLICEERDE EEN AANTAL INTERNATIONALE ZIEKENHUIZEN DE ERATS (ENHANCED RECOVERY AFTER THORACIC SURGERY) GUIDELINES. VIJFENVEERTIG AANBEVELINGEN IN HET PREOPERATIEVE, OPNAME-, PEROPERATIEVE EN POSTOPERATIEVE TRAJECT. OFWEL: OPTIMAAL HERSTEL VAN EEN OPERATIE AAN DE LONGEN. HET MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN STARTTE DIT JAAR SAMEN MET EEN AANTAL ANDERE NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN MET DEELNAME AAN DE ERATS-TRIAL.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

De aanbevelingen van de ERATS-guidelines gaan om verbeteringen op het gebied van leefstijl, anesthesie, pijnbestrijding, chirurgische technieken, vochtthuishouding en mobiliteit. "Het is een continu proces om daar waar mogelijk onze huidige zorg te verbeteren", zegt longarts-oncoloog Femke van Vollenhoven. "Maar met die vijfenvestig aanbevelingen hebben we nu handvatten om echt alles te updaten en te finetunen." Om dit in Nederland te bereiken, is een ERATS-zorgprotocol ontwikkeld op basis van de aanbevelingen uit de ERATS-richtlijn, dat ingevoerd en geëvalueerd moet worden. "De ERATS-trial onderzoekt hoe dat het beste kan en evalueert of goede naleving inderdaad tot een afname van opnameduur, complicaties en heropnames leidt en een betere kwaliteit van leven", geeft long- en vaatchirurg Cora Arts aan.

‘Pre-habilitatie’

Het MCL opereert jaarlijks zo'n tachtig oncologische longpatiënten. Twee derde van hen wordt endoscopisch geopereerd waarbij een long of een deel ervan via de kijkoperatie wordt verwijderd. "Vaak liggen deze patiënten vijf tot zes dagen in het ziekenhuis. Dat willen we terugbrengen naar drie of vier dagen", zegt Arts. "Het is van belang dat een patiënt zo gezond mogelijk de operatie in gaat om het herstel zo goed mogelijk te laten verlopen." Met name de 'pre-habilitatie', de zorg voorafgaand aan de operatie is daarbij heel belangrijk, stelt Van Vollenhoven: "Betere fitheid voorafgaand aan de operatie verkleint de kans op complicaties en verkort de opnameduur. Stel er komt een nieuwe patiënt met longkanker op mijn spreekuur en ik weet dat dat traject leidt tot een operatie, dan is er aandacht voor beweging, voeding, roken en alcohol. Maar er is nog geen structureel vervolgtraject. Straks geef ik dan een vragenlijst mee en de gegevens kunnen we koppelen aan het Elektronisch Patiënten Dossier, het EPD. We hebben in het kader van deze trial financiering gekregen voor een casemanager die onze chirurgische oncologiepatiënten gaat begeleiden. Die beschikt ook over de informatie uit de vragenlijsten en kijkt op welke punten we patiënten extra aandacht en begeleiding kunnen geven om ze zo fit mogelijk te krijgen voor de operatie. Is er qua voeding wat te verbeteren, dan kijken we er met een diëtist naar en met fysiotherapeuten zorgen we ervoor dat kracht en conditie verbeterd worden. De grote uitdaging is echter de korte tijdsspanne tussen diagnose en operatie."

Slangetjes

Tijdens de operatie valt eveneens winst te halen op basis van de aanbevelingen van de ERATS-guidelines. Arts: "We willen de patiënten niet meer een dag vóór de operatie opnemen, maar op de dag ván de operatie. Dat scheelt een ligdag, waarin weinig activiteiten voor de patiënten zijn gepland. De verpleegkundige anamnese, aanvullende onderzoeken en het bezoek van de fysiotherapeut kunnen ook in het preoperatieve traject plaatsvinden en zo slaap je de avond voor de operatie heerlijk in je eigen bed." Daarnaast is de anesthesie een aandachtspunt. Arts: "We willen de patiënten voor de verdoving niet meer standaard met een epiduraal behandelen waarbij de patiënt

middels een slangetje, een katheter, aan een pomp vastzit. Bij patiënten waarbij we een kijkoperatie uitvoeren, brengen we voortaan op een aantal niveaus tussen de ribben 'intercostaal bloks' aan: depots met verdovingsvloeistof die langzaam aan het lichaam worden afgegeven. Dat werkt in deze geselecteerde groep net zo goed als epidurale pijnstilling. Het voordeel ervan is dat dat slangetje aan je lijf er niet meer is en patiënten ook geen blaaskatheter meer hoeven omdat ze gewoon hun blaas voelen. Bovendien, het goed aanleggen van een epiduraal kost ons ongeveer drie kwartier extra in de operatiekamer. Tijdens een kijkoperatie kijken we toch al met een camera in het lichaam. Dan kunnen we dus ook direct die depots inbrengen. Dat kost minder tijd dan een epiduraal aanleggen. We hebben samen met onze anesthesiologen beoordeeld welke patiëntengroep de epidurale

pijnstilling krijgt en welke de intercostaal bloks. Verder letten we op schommeling in de temperatuur van de patiënt en we kijken goed naar de hoeveelheid vocht die we de patiënt geven. We geven niet eindeloos vocht. Dat is ook landelijk op de IC's een aandachtspunt. Wat er bijgekomen is, is dat iedereen standaard medicatie krijgt voor de misselijkheid in plaats van pas op het moment dat de patiënt na de operatie misselijk is geworden. Dat heeft ook voordelen voor de snelheid waarmee je na de operatie weer gaat eten." Van

Vollenhoven: "We proberen de patiënten zo snel mogelijk weer in de benen te krijgen. Dat verkleint de kans op complicaties en ze hebben minder last van obstipatie en misselijkheid. Als er geen epiduraal meer is, heeft dat voordelen. Mensen zijn toch angstiger om te bewegen als er allerlei slangetjes in en uit je lichaam steken. Vooraf vertellen we ook dat mensen al op de dag van hun longoperatie uit bed en op hun stoel geholpen worden. Dit is dan geen verrassing meer. We proberen vooraf goed te communiceren."

Blijven evalueren

Vooreerst geldt deze ERATS-trial alleen voor oncologische longchirurgiepatiënten. Arts: "Patienten die een oncologische ingreep aan maag, darm of lever krijgen, worden op een vergelijkbare manier voorbereid. Voordeel bij deze groep is dat er meer tijd zit tussen de diagnose en een eventuele operatie." Van

Vollenhoven: "Het liefst zouden we het groots aanpakken maar het is beter om klein te beginnen en te kunnen bewijzen dat de maatregelen aantoonbaar leiden tot minder complicaties, heropnames en een kortere ligduur. Dan kun je ook kijken of we de werkwijze voor andere patiëntengroepen kunnen inzetten." Het onderzoek loopt waarschijnlijk nog wel een jaar of twee, maar Arts en van Vollenhoven blijven sowieso altijd evalueren en verbeteren. "Wie zegt dus dat het bij vijftienaanbevelingen blijft? Veel van die aanbevelingen waren al opgenomen in de werkwijze rond oncologische longchirurgie patiënten. We

denken dat we er al voor ongeveer 70% aan voldeden. We waren al bezig met specifiek beleid om patiënten zo fit mogelijk te krijgen voor de operatie. Dat geldt ook voor andere patiëntengroepen. In deze trial kijken we naar de effectiviteit van de maatregelen en onderzoeken we hoe we dit standaard kunnen inpassen in onze werkwijze. Dan wordt ook duidelijk tegen welke praktische verbeterpunten we verder nog aanlopen in ons ziekenhuis. We doen het al prima en het is ook geen hogere wiskunde. Maar we willen het altijd beter doen en dan is het goed dat er zo'n grote, georganiseerde trial achter staat." ■

"WE PROBEREN DE PATIËNTEN ZO SNEL MOGELIJK WEER IN DE BENEN TE KRIJGEN."



De ERATS-trial wordt gecoördineerd door het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht, samen met de Noordwest Ziekenhuisgroep in Alkmaar en het Amsterdam UMC. Behalve het MCL doen ook het Sint Jansdal Ziekenhuis in Harderwijk, het Dijklander ziekenhuis in Hoorn, Het Amphia Ziekenhuis in Breda, Het Martini Ziekenhuis in Groningen, het HagaZiekenhuis in Den Haag, het Erasmus MC in Rotterdam de Ziekenhuis Groep Twente en het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem mee aan de trial.

Zorgpad voor kwetsbare ouderen met heupfractuur NA DE VAL

Een val bij kwetsbare ouderen is vaak een symptoom van iets anders. Herstel van de kapotte heup alleen is dan ook niet voldoende. Binnen het zorgpad voor heupfracturen gaat klinisch geriater Peter van Walderveen op zoek naar de diepere oorzaken. “We willen weten waarom die patiënt is gestruikeld, zodat we dat in de toekomst kunnen voorkomen.” Met de multidisciplinaire aanpak van kwetsbare ouderen met een heupfractuur boekt MCL goede resultaten. Patiënten herstellen sneller en beter dan gemiddeld, waarbij in Friesland ook nog eens sprake is van patiënten die aantoonbaar zieker zijn dan elders in Nederland.

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer





Traumachirurg Arvid Munzebrock, orthopedisch chirurg Pax Willemse en klinisch geriater Peter van Walderveen zijn trots op het zorgpad dat samen met alle betrokken specialismen in het MCL is ontwikkeld. Allerlei vakoverstijgende disciplines werken nauw met elkaar samen om de best mogelijke behandeling te bieden van operatie tot herstel thuis. De 'heupstraat', zoals het zorgpad ook wel wordt genoemd, werkt inmiddels als een soepel geolied proces. In 2020 zijn 361 kwetsbare ouderen geholpen, in 2012 waren dat er nog 250. "Dit worden er nog veel meer door de vergrijzing. Het aantal kwetsbare ouderen groeit en daarmee ook het aantal valincidenten."

Fitte babyboomer

De brede aanpak van de heupstraat is volgens Munzebrock niet direct bedoeld voor de fitte babyboomer die op een Waddeneiland voor het eerst op een e-bike stapt, te hard het duin afrijdt en dan in het rulle zand in de bocht onderuit gaat en een heup breekt. Deze fitte patiënt wordt 'gewoon' geopereerd en kan snel naar huis om daar verder te revalideren en herstellen. De aandacht van het team gaat extra uit naar kwetsbare ouderen die niet 'zomaar' vallen. Ze vallen, omdat er meer aan de hand is. Het begint al bij binnenkomst van de patiënt met een heupbreuk. Hij of zij gaat

niet gelijk dezelfde avond nog de operatietafel op, maar pas de volgende ochtend vroeg als eerste. Wel wordt er een 'block' gezet, pijnstilling van de kapotte heup zodat de patiënt goed de nacht in kan en kan worden voorbereid op de operatie. Daarbij wordt ook de klinisch geriater ingeschakeld.

Onderliggende ziektes

"Ik ben minder geïnteresseerd in de breuk zelf of de operatie, wel in de oorzaak van de val. Hoe kan het dat iemand die al twintig jaar over dezelfde drempel stapt daar ineens over struikelt. Dan is er vaak meer aan de hand, onderliggende ziektes, gebruik van veel verschillende medicijnen, dementie of wat dan ook. Dat wil ik weten om te voorkomen dat de patiënt naar huis gaat, twee weken later weer valt en de andere heup breekt."

Munzebrock hielp onlangs een op straat gevallen oudere vrouw en bracht haar thuis. "Een woonkamer vol met kleedjes. Wel twintig die op verschillende plekken opkrullen. Dan weet je dat vandaag of morgen de vrouw of haar man valt en een heup breekt. Of mensen hebben katten waar ze over kunnen struikelen." Als het nodig is wordt ook de hulp van een cardioloog of een apotheker ingeroepen. De conditie van de patiënt wordt in kaart gebracht en de avond voor de operatie krijgt hij of zij eiwitrijk voedsel en kan

"ALLEMAAL STAPPEN DIE ERVOOR ZORGEN DAT EEN PATIËNT ZO GOED MOGELIJK DE OPERATIE INGAAT WAT WEER DIRECT BIJDRAAGT AAN EEN BETER HERSTEL."

ook iets worden gedaan aan zaken als bloedarmoede. Allemaal stappen die ervoor zorgen dat een patiënt zo goed mogelijk de operatie ingaat wat weer direct bijdraagt aan een beter herstel.

Dag- en nachtritme

Door niet gelijk te opereren, maar de volgende dag, wordt volgens Munzebrock en Willemse het dag- en nachtritme van de patiënt zo weinig mogelijk verstoord. Ook dat bevordert het herstel. Na de operatie gaat de patiënt naar de afdeling en wordt gestimuleerd om dezelfde dag nog uit bed te komen en zijn heup te belasten. Dat kan ook omdat de patiënt al zo vroeg in de morgen is geopereerd. Munzebrock: "Vanaf het moment dat heup is geopereerd en een pin is geplaatst of een prothese kan deze voluit worden belast. Dat is voor patiënten even wennen. Die zijn in het begin wat angstig, maar ze kunnen er volledig op staan. Dat is ook wat we willen, snel weer bewegen. Dat bevordert het herstel."

Huiskamer

Daartoe zijn er goede voorzieningen op de afdeling, aldus Willemse. "We zijn heel blij met de huiskamer waar de mensen naar toe kunnen lopen, eten en drinken. Ze kunnen er fietsen, met behulp van labyrintfietsen. De hele wereld over als ze willen." Binnen het multidisciplinaire team werken ook specialisten ouderenzorg, fysiotherapeuten en bijvoorbeeld een revalidatiearts van Noorderbreedte. Als het kan, gaan patiënten daar zo snel mogelijk naar toe om te revalideren. Die omgeving is prettiger en heilzamer dan het ziekenhuis waar toch vaak sprake is van meer hectiek. Alleen de financiering gooit de laatste tijd roet in het eten. Hierdoor wordt er niet langer zeven dagen per week fysiotherapie gegeven bij Noorderbreedte. En ook is het lastig om, wanneer de patiënt eerst naar Noorderbreedte gaat, later nog goede revalidatiezorg voor hem of haar te organiseren.

Ligdagen

Willemse is hier niet blij mee. "We zijn erin geslaagd door de goede multidisciplinaire zorg het aantal ligdagen na een heupfractuur terug te brengen van acht naar vijf. Daar scoren we ook landelijk heel goed mee. Alleen lopen de ligdagen weer op. De wijze van financieren voorkomt dat patiënten snel doorstromen en ze hier langer liggen dan nodig. Het zijn bedden die we anders voor andere patiënten kunnen gebruiken." Ondanks het feit dat 'het systeem' soms in de weg zit om de goede resultaten ook te kunnen verzilveren, gaan de artsen enthousiast door met het zorgpad. "Dit is een heel mooi voorbeeld hoe je door samen te werken over allerlei vakgroepen heen, de zorg voor de patiënt echt kunt verbeteren." ■



HET IMAGO- PROBLEEM VAN ECT

tekst Inge Schippers fotografie Menno de Boer

Dwangbuizen, naargeestige psychiatrische instellingen, One Flew Over the Cuckoo's Nest...

Beelden die opkomen bij het praten over shocktherapie, zoals elektroconvulsietherapie of ECT, in de volksmond ook wel genoemd wordt.

De ECT-behandeling gaat gebukt onder een slecht imago. "Ten onrechte", zegt psychiater Oetse Haagma. "Het is een veilige en effectieve behandeling, die de kwaliteit van leven van ernstig depressieve mensen enorm kan verbeteren."

Behandeling bij depressie

ECT is een medische behandeling die vooral wordt gedaan bij patiënten met een vaak zware of langdurige depressie, waarbij psychologische behandeling of medicijnen niet of onvoldoende aanslaan of waarbij medicijnen niet verdragen worden. Ook wordt ECT ingezet als een depressie levensbedreigende vormen aanneemt, bijvoorbeeld bij ernstige suïcidaliteit of als de depressie maakt dat mensen niet meer eten of drinken. Het MCL voert jaarlijks ongeveer 600 ECT-behandelingen uit. Het gaat hierbij om ca. 40 nieuwe patiënten per jaar.

Stroompjes als van een fietsdynamo

Haagsma: "De behandeling vindt plaats op de poliklinische OK, waar we de patiënt onder narcose brengen. Via elektroden op de schedel worden daarna kleine elektrische stroompjes naar de hersenen gebracht. Geen enorme stroomstoot - om maar even een misverstand uit de wereld te helpen - maar stroompjes die je kunt vergelijken met wat een fietsdynamo opwekt. We willen hiermee een epileptisch insult opwekken in de hersenen. Dit insult zorgt een massale ontlading van de zenuwcellen in de hersens. Een van de theorieën is dat hierdoor een nieuw evenwicht ontstaat in de verhouding van de verschillende neurotransmitters. (Neurotransmitters zijn de stofjes die de signalen van de ene zenuw naar de andere zenuw overbrengen, red.). Bij depressies zie je dat er een verstoord evenwicht is in de verhoudingen van de verschillende neurotransmitters. Door dat pathologische evenwicht te verstoren kan opnieuw een gezond evenwicht ontstaan. De patiënt krijgt tijdens de behandeling ook spierverlappers toegediend, om de spiertrekkingen als gevolg van het insult te verminderen. De behandeling duurt per keer ongeveer 20 minuten".

Belastende behandeling

Pijnloos, poliklinisch, effectief: als het zo goed werkt, waarom krijgen dan niet alle patiënten meteen deze behandeling aangeboden? Haagsma legt uit: "Hoewel het een veilige en effectieve behandeling is, is deze ook erg belastend voor de patiënt. De patiënt moet elke keer onder narcose, is een dagdeel onder de pannen en mag die dag niet aan het verkeer deelnemen. Vaak moet dan een begeleider mee om de patiënt te vervoeren. ECT is voor sommige patiënten en naasten best zwaar. Sommige patiënten twijfelen daarom ook of ze wel willen starten met ECT"

Risico's versus lijden

En risico's? Zijn die er ook? Haagsma licht toe: "Sowieso zitten er altijd bepaalde risico's aan narcose. Maar, de anesthesioloog en anesthesiemedewerker houden de patiënt tijdens de

"DEZE BEHANDELING KAN ERVOOR ZORGEN DAT IEMAND WEER MEE KAN DOEN IN DE MAATSCHAPPIJ EN WEER NORMAAL KAN FUNCTIONEREN"

behandeling goed in de gaten. Ook is er risico op het krijgen van problemen met het kortetermijngeheugen. Dat kan heel vervelend zijn. De nadelen van de risico's wegen we echter altijd – meestal samen met de patiënt - zorgvuldig af tegen de depressieve klachten waar de patiënt onder lijdt.

De totale behandeling bestaat uit twee sessies per week en dat meerdere weken achter elkaar. Gemiddeld 12 tot 16 sessies in totaal. Patiënten moeten tijdens en na deze behandeling nog wel medicijnen – antidepressiva - blijven gebruiken. Dit om een terugval na het stoppen met ECT te voorkomen. Krijgt iemand toch een terugval? Dan moet de behandeling nog een keer herhaald worden. Bij een snelle terugval ondanks medicatie kunnen patiënten soms een maandelijkse onderhoudsbehandeling krijgen."

Weer meedoen aan de maatschappij

Oetse Haagsma is blij dat hij ECT kan aanbieden als behandeling: "Depressie is een verschrikkelijke ziekte, die het leven van de patiënt en dat van zijn omgeving kan ontwrichten. Deze behandeling kan ervoor zorgen dat iemand weer mee kan doen in de maatschappij en weer normaal kan functioneren. ECT is een belastende behandeling, maar is vaak de moeite waard. Patiënten zijn vaak erg dankbaar dat ze door de behandeling klachtenvrij zijn of in ieder geval goed met de overgebleven klachten kunnen leven. Ik merk dat patiënten elkáár soms deze behandeling aanraden. ECT is een van de meest effectieve behandelingen binnen de psychiatrie. Ik hoop dat we snel verlost zijn van het slechte imago, zodat het vaker toegepast gaat worden." ■



Verwijzing naar MCL voor ECT

ECT mag worden uitgevoerd door een psychiater die werkzaam is binnen een instelling waar voldoende ervaring is met ECT. Het MCL voldoet aan deze eisen. Patiënten die in aanmerking komen voor deze therapie worden door hun hoofdbehandelaar, vaak een psychiater van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, verwezen naar het MCL voor een intakegesprek, waarna de behandeling gepland wordt. De kosten van de behandeling vallen onder de regeling van de GGZ financiering. Het MCL heeft momenteel geen wachtlijst voor ECT.

Wat is een depressie?

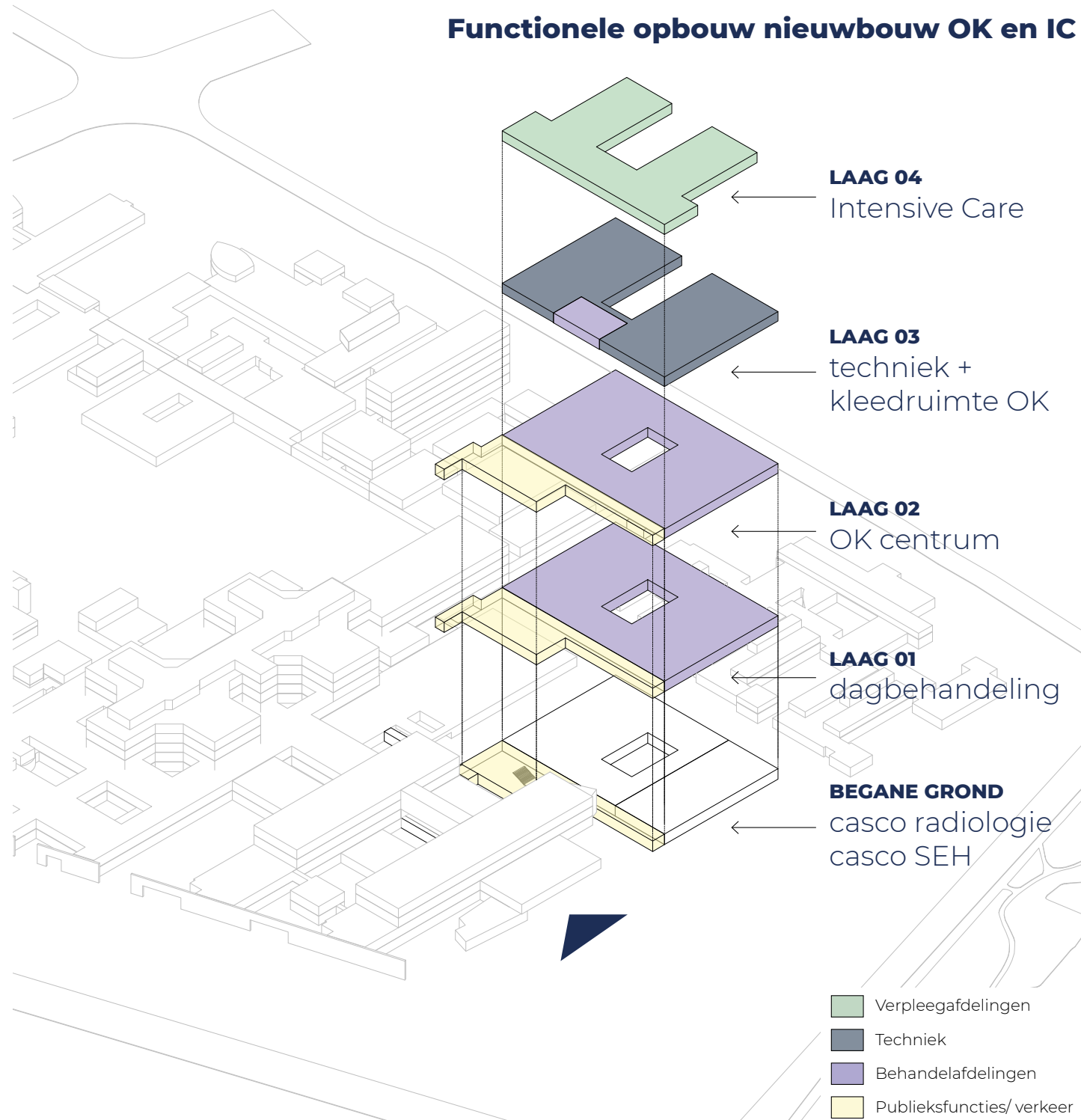
20% van de mensen op volwassen leeftijd krijgt tenminste eens in hun leven te maken met depressie. Bij depressie is er sprake van een sombere stemming met verlies aan interesse en ervaart iemand nauwelijks of geen plezier meer. Bijkomende symptomen zijn verandering van het eetpatroon (verlies aan eetlust of juist toename) in- en doorslaapstoornissen, vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid en overmatig schuldgevoel, agitatie en rusteloosheid, aandacht en concentratieproblemen. Soms is er sprake van suïcide gedachten of plannen.

Praten over zelfmoordgedachten kan anoniem: chat via www.113.nl, bel 113 of bel gratis 0800-0113

DuurzaamMCL

‘Bouwen aan een nieuw ziekenhuis’

Functionele opbouw nieuwbouw OK en IC



Als topklinisch ziekenhuis wil het MCL de zorg die het levert aan zijn patiënten steeds verder verbeteren. Nieuw bouwen is daarom nodig om nu maar ook in de toekomst hoogwaardige en innovatieve patiëntenzorg te kunnen leveren.

tekst Annemarieke Visser fotografie Menno de Boer

Willem Lenglet, lid Raad van Bestuur, kijkt ernaar uit: "Het is een omvangrijk nieuwbouwplan, in 2035 moet er een bijna volledig nieuw MCL staan. We leveren complexe zorg dus daar hoort een gebouw bij dat alle technologische mogelijkheden biedt. Daarnaast is duurzaamheid een belangrijk uitgangspunt voor onze nieuwbouwplannen." Technologische vernieuwingen die het MCL door wil voeren, zijn binnen het huidige OK-complex en de intensive care moeilijk te realiseren. Daarom ligt in de focus in de eerste plaats op de intensive care en het operatiecomplex. Dit gebouw moet in 2025 afgerond zijn. Later volgen de klinieken, poliklinieken en de ondersteunende afdelingen.

Inspelen op ontwikkelingen

Er is bewust gekozen om de nieuwbouw van het MCL op te delen. Volgens programmamanager Joost Willems biedt deze manier van bouwen de mogelijkheid in te kunnen spelen op ontwikkelingen in de Friese zorg. "Digitalisering bijvoorbeeld is één van die ontwikkelingen en heeft door COVID een enorme vlucht genomen. Maar ook het leveren van de juiste zorg op de juiste plaats heeft invloed op welke zorg in het ziekenhuis plaatsvindt. Zo zullen herstel en revalidatie vaker bij Noorderbreedte of in de thuiszorg belegd worden. Hier houden we rekening mee in de bouw van de klinieken en poliklinieken. Het MCL zou in de toekomst een compacter ziekenhuis kunnen worden als patiënten minder lang in het ziekenhuis liggen. Voor de intensive care en de OK weten we wat we willen. Zo realiseren we in het nieuwe OK-complex een hybride OK, waarbij we gebruik kunnen maken van geavanceerde beeldvormende apparatuur." Naast het nieuwe OK-complex, komt ook een hypermoderne intensive care met een 'helende omgeving' waar

het reactiveren van patiënten centraal staat. Het MCL loopt in Nederland voorop door IC-patiënten eerder uit bed te halen en te laten bewegen. Het MCL realiseert zich dat de bouwplannen impact hebben op onder andere patiënten en medewerkers. De bouw gaat voor enig overlast zorgen maar met de blik op de toekomst en de ontwikkelingen waarop het MCL inspeelt, is en blijft het MCL een uitdagende en inspirerende werkplek.

Duurzamer gebouw

Naast de technologische ontwikkelingen, is ook duurzaamheid een belangrijk uitgangspunt. Willem: "We vinden dat we een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben in de manier waarop we onze zorg leveren. We willen dat vooral duurzaam en energiezuinig doen. Daarom gaan we duurzaam bouwen. Zo maken we met het nieuwe gebouw straks geen gebruik meer van fossiele brandstoffen. Om een voorbeeld te noemen: voor onze warmtevoorziening, willen we gebruik maken van geothermie, waarbij we warmte uit de grond halen." Door het gebouw op deze manier in te richten, voldoet het MCL straks aan de eisen van het klimaatakkoord. De nieuwbouw van het MCL is onderdeel van het strategisch beleid van het ziekenhuis tot 2030. Het MCL werkt in de nieuwbouw samen met Noorderbreedte om ervoor te zorgen dat de patiënt de best mogelijke zorg op de juiste plek krijgt. Voor de stedenbouwkundige uitwerking van de plannen is gemeente Leeuwarden nauw betrokken.

Meer informatie

Wil je op de hoogte blijven van alle ontwikkelingen en de voortgang van de bouw? Dat kan via www.mcl.nl/nieuwbouw. Je vindt hier ook de veelgestelde vragen.

EERSTE HARTHULP:
*de kracht
van snelle
diagnostiek*

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

Het lijkt rustig op de Eerste Harthulp (EHH) van het MCL.

De eerste patiënten van de dag zijn al geweest en na behandeling weer ontslagen, opgenomen of verder verwezen naar de polikliniek. Eén patiënt wacht nog op aanvullend onderzoek. Maar schijn bedriegt, zeggen verpleegkundig specialist Inge van Gellekom en CCU-verpleegkundige Anneke Veenstra. “De telefoon staat niet stil en vooral na de spreekuren van huisartsen zien we een toename van nieuwe patiënten.”

Drie jaar geleden zette het MCL binnen het Hart- en Vaatcentrum de Eerste Hart Hulp (EHH) op. Het doel was om de kwaliteit van de zorg waar mogelijk te verbeteren en patiënten sneller te helpen door gerichte diagnostiek, zorg en service. Aan de voorbereiding ging zo'n anderhalf jaar aan bedrijfsplannen en afspraken met artsen, verpleegkundigen, ondersteunende diensten en bestuurders vooraf. Inmiddels staat er een geolied draaiende afdeling, bemand door een cardioloog, een physician assistant/verpleegkundig specialist, arts-assistenten, CCU-verpleegkundigen, medisch secretaresses, cardiologische echolaboranten en facilitaire medewerkers. De EHH is een gouden greep en kent louter winnaars. Vanaf de start sturen steeds meer huisartsen hun patiënten bij wie ze hartklachten vermoeden rechtstreeks door naar de EHH. Daar worden ze direct onderzocht en binnen enkele uren weten de patiënten dan waar ze aan toe zijn. Het merendeel van hen kan na het verblijf op de EHH naar huis waardoor onnodige opnames op de afdeling Cardiologie/CCU worden voorkomen. Inmiddels ontvangt de EHH maandelijks zo'n 140 patiënten, afkomstig uit heel Friesland.

Snelle diagnostiek

“Er zijn drie patiëntencategorieën die voor de EHH in aanmerking komen”, zegt Van Gellekom. “Mensen met pijn op de borst, mensen met hartritmestoornissen en mensen met kortademigheidsklachten. Voorwaarde voor opname op de EHH is dat de patiënten stabiel zijn. De gouden standaard is 'hemodynamisch stabiel' dus met een goede bloeddruk, goed aanspreekbaar en met een goed zuurstofgehalte in het bloed. Niet-stabiele patiënten gaan naar de Spoedeisende Hulp of direct door naar de Cardiac Care Unit (CCU)”.

“Lijntjes zijn kort”

Patiënten die de EHH bezoeken, lopen vaak al een paar dagen rond met pijn op de borst, zegt Veenstra. “Ze voelen zich niet lekker. Ze denken: hé, wat heb ik nou? Er zijn mensen met hartklachten in hun voorgeschiedenis die bang zijn dat het weer terug komt, die bellen dan met de huisarts. Bij twijfel kan de huisarts doorverwijzen naar de EHH.” De kracht van de EHH is snelle, gerichte diagnostiek, zegt Van Gellekom. “Acute zaken sluiten we direct uit of tonen we aan. Daar hebben we onze organisatie op afgestemd. Willen we aanvullend onderzoek zoals een echo van het hart, een CT-scan of een foto van hart en longen, dan wordt dat direct geregeld. Bij binnenkomst wordt de patiënt aangesloten aan de monitor om de vitale functies in de gaten te houden en volgt er bloedonderzoek. Bij mensen die verdacht worden van een dreigend hartinfarct, kunnen we uit bloedonderzoek snel opmaken of er sprake is van hartschade of niet. Maar als er geen afwijkende bloedsuitslagen zijn, wil dat niet zeggen dat er geen afwijkingen aan de kransslagaders kunnen zijn. We luisteren dus ook naar het verhaal van de patiënt, bekijken zijn dossier en voeren zonodig aanvullend onderzoek uit. In korte tijd krijgen we wat we nodig hebben om een goede diagnose te stellen. Niet iedereen die hier weggaat, krijgt het stempel dat het ook iets met het hart is geweest. Pijn op de borst kan ook veroorzaakt worden door longproblemen, buikklachten of spierpijn. Lang niet alles is gelijk ernstig. In die gevallen kunnen we goed doorverwijzen want de afstemming en samenwerking met de andere specialisten zoals radiologen, internisten, chirurgen, longartsen en met de IC en SEH is prima. Lijntjes zijn kort.”



‘Juiste zorg op juiste plaats’

De meerwaarde van de EHH was volgens Veenstra bij de start al duidelijk. “De kwaliteit van de zorg voor de patiënt is verbeterd. Ook voor hun familie is het heel geruststellend om te weten dat ze op de goede plek zijn en, met al hun onzekerheid, niet te lang hoeven wachten. Testuitslagen zijn snel bekend en de patiënten krijgen in de meeste gevallen direct een diagnose waarmee ze verder kunnen. Dat vinden ze heel fijn. Het is een goed voorbeeld van ‘de juiste zorg op de juiste plaats.’” Ook huisartsen reageerden positief, zegt van Gellekom. “Bij twijfel over de klachten waren sommige huisartsen terughoudend omdat ze mensen niet nodeloos naar een spoedopvang of CCU wilden sturen. Maar de drempel is lager om die patiënten naar de EHH te verwijzen. Het is ook lastig om als huisarts bij een patiënt met vage klachten goed te kunnen zien of het om hartklachten gaat of niet. Bovendien

beschikt niet elke huisarts over een apparaat om een hartfilmpje maken. Bij twijfel bellen ze nu rechtstreeks met de dienstdoend cardioloog.”

De Eerste Hart Hulp ontlast ook aantoonbaar de CCU en de spoedeisende hulp, zegt Van Gellekom. “Als een patiënt via het alarmnummer 112 door een ambulance is opgehaald, overlegt de ambulanceverpleegkundige onderweg al met de dienstdoend arts en brengen ze de patiënt ook rechtstreeks hier. Dan heeft de patiënt direct de zorg die nodig is. Het is zoveel praktischer en sneller voor de patiënten. Bovendien ligt er minder druk op de bedbezetting op de spoedeisende hulp en omdat het merendeel van de EHH-patiënten na behandeling weer naar huis kan, voorkomen we ook onnodige opname op de afdeling Cardiologie. Echt, de EHH kent louter winst. Voor alle betrokkenen.” ■

Van informatiereis naar patiëntenreis

**DE ROL VAN
CLIËNTENRAAD
BIJ DIGITALISERING**



Wie in het MCL moet zijn kan het maar moeilijk ontgaan: de zorg digitaliseert. Patiënten melden zich in het ziekenhuis aan bij een aanmeldzuil, kijken in hun eigen dossier via mijnMCL en bereiden zich met een animatiefilmpje voor op een onderzoek of ingreep. Soms vindt het consult plaats via videobellen. De cliëntenraad was en is betrokken bij deze veranderingen.

tekst Frits Mostert fotografie Menno de Boer

Voorzitter Andrea Olivier en vice-voorzitter Niellen Narain van de cliëntenraad zien deze trend als een verbetering, en noodzakelijk voor het behoud van de kwaliteit van zorg. Een voorbeeld is de aanmeldzuil. Narain: 'Denk aan een soort Schiphol-incheckstelsel. De patiënt krijgt vooraf al een sms'je met een afspraakherinnering.' In combinatie met mijnMCL levert dat winst op: 'Je kunt je afspraak van tevoren voorbereiden door middel van het invullen van vragenlijsten. Als je dan in het ziekenhuis komt, is de informatie al inzichtelijk.' Olivier: 'De arts hoeft dan niet nog eens de vragen te herhalen en als patiënt verstrek je de informatie dan maar één keer.' Het kan natuurlijk nóg mooier: 'Bijvoorbeeld als je in een app voorafgaand aan je afspraak kunt zien of het spreekuur uitloopt en je een kwartiertje later naar de wachtkamer kunt komen. Voor de toekomst zou het mooi zijn als je de QR code op je mobiel kunt ontvangen, dus geen papier meer.'

MijnMCL

Mailen met de specialist is volgens de cliëntenraad ook een pluspunt van mijnMCL. Narain: 'Je kunt mailen met een specialist en je ontvangt altijd een antwoord. Je hoeft niet altijd fysiek naar het ziekenhuis.' Olivier: 'Het face-to-face contact met de arts blijft, dat moet ook, bijvoorbeeld bij onderzoeken of ingrijpende gesprekken.' Het videoconsult is volgens de cliëntenraad in veel gevallen zeker in deze pandemie een prima oplossing. Olivier: 'Het is een proces waarin je mensen moet meenemen.' Er zijn ook nog een aantal verbeterpunten. 'In MijnMCL moet je vaak zoeken waar iets staat, dit kan gebruiksvriendelijker voor de patiënt. In de toekomst zou het mooi zijn als patiënten hun afspraken zelf online kunnen maken.'

Duidelijke informatievoorziening

MCL werkt met Indiveo, animatiefilmpjes die de functie van informatiefolders gaandeweg overnemen. Narain: 'De patiënt kan zich goed voorbereiden met zo'n animatiefilmpje dat samen met anderen kan worden bekeken. De patiënt onthoudt een filmpje van twee minuten sneller dan een folder. De patiënt legt in het ziekenhuis een patiëntreis af, maar ook een informatiereis.' Olivier: 'Uit onderzoek is gebleken dat duidelijke informatievoorziening kan bijdragen aan een sneller herstel door juiste dosering van medicatie, en het heeft een positief effect op therapietrouw.'

Aandachtspunten

De cliëntenraad is positief over digitalisering. Niet iedereen is even handig op dit vlak. Bijvoorbeeld ouderen. Narain: 'De kinderen daarvan weten vaak wel hoe het werkt. En als oudere word je doorgaans door je familie, of anderen geholpen. Je zou

'Het is net als met pensioenen: alle informatie op één plek!'



in het MCL een informatiecentrum kunnen openen voor mensen die er moeite mee hebben. Zoals bibliotheken mensen op weg helpen met hun DigiD en banken met telebankieren.' Olivier: 'Patiënten hechten ondanks de digitalisering grote waarde aan het persoonlijk contact met polimedewerkers. Dit geldt zeker voor mensen met minder gezondheidsvaardigheden, laaggeletterden of mensen die digitaal minder vaardig zijn. Dit blijft een punt van aandacht in deze voor de organisatie belangrijke ontwikkeling. We houden als cliëntenraad de vinger aan de pols!'

Persoonlijke gezondheidsomgeving

Olivier: 'Waar vind je de samenhang in het oerwoud? Daarin zou een PGO wellicht kunnen helpen.' De persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) is nog in ontwikkeling. In een PGO zijn zorggegevens van alle zorgverleners opgeslagen, van tandarts tot ziekenhuis. Narain: 'Een PGO wordt dan in de toekomst één

loket. Wanneer je dan naar een arts gaat, is hij op de hoogte van je complete medische dossier, uiteraard na toestemming van de patiënt. In mijn PGO worden alle medische gegevens van de patiënt verzameld op één plek. Het is net als met pensioenen: alle informatie op één plek! Dat willen we met het MCL in de toekomst bereiken. Toekomstmuziek, maar mooi als het te realiseren valt.' Olivier: 'Het belangrijkste voor de patiënt blijft dat de context van de informatie bekend is, dat patiënten te allen tijde bij hun eigen patiëntgegevens kunnen en dat ze daarbij geholpen kunnen worden. Digitale informatieverstrekking kan er toe bijdragen dat mensen meer kennis opdoen over hun eigen gezondheid, en daarmee meer de regie hebben over hun eigen gezondheid.' ■

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

www.mcl.nl/cliëntenraad

Leren van fouten

Waar mensen werken, gaat helaas wel eens iets mis. Ook in een ziekenhuis. Als MCL doen we er alles aan om te leren van zulke incidenten, en zo onze zorg nog beter en veiliger te maken. Onze Calamiteitencommissie speelt daarbij een belangrijke rol.

tekst Marte van Santen illustratie Martha Wijma



In 2020 namen we ruim 43.000 patiënten in ons ziekenhuis op. Daarnaast vonden er meer dan 380.000 bezoeken plaats aan onze poliklinieken. Zo'n 4.000 medewerkers waren dagelijks in de weer om al onze patiënten de best mogelijke zorg te geven. Duizelingwekkende aantallen, die onderstrepen hoe groot onze organisatie eigenlijk is. Waar zoveel gebeurt, gaat helaas ook wel eens iets mis. We blijven tenslotte allemaal mensen. Dat kan wel heel nare gevolgen hebben. Een langere ziekenhuisopname bijvoorbeeld, of tijdelijke of blijvende schade voor een patiënt. In het ergste geval kan die zelfs overlijden. Een calamiteit, zoals een ernstig incident officieel heet, heeft grote impact. In eerste instantie natuurlijk op de patiënt en zijn of haar naasten. Maar ook voor zorgprofessionals is het heel heftig om zoiets mee te maken. Daarom onderzoeken we bij elk incident uitgebreid en zorgvuldig wat er mis is gegaan, hoe dat heeft kunnen gebeuren en wat we kunnen verbeteren om zo'n fout in de toekomst te voorkomen. Als er sprake is van een echte calamiteit, doet onze speciale Calamiteitencommissie dat. Voorzitter Peter Kingma (intensivist en medisch manager kwaliteit) en vice-voorzitter Jan van der Broek (manager kwaliteit) zijn samen met andere leden van deze commissie verantwoordelijk voor zulke onderzoeken. Zij leggen uit hoe het MCL die aanpakt.

Wanneer noem je een incident eigenlijk een calamiteit?

Jan: "De overheid heeft dat vastgelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, kortweg: Wkkgz. Daarin staat dat een calamiteit een 'niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis is, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid'. Een bijwerking van een medicijn of een bekende complicatie van een operatie vallen hier dus bijvoorbeeld niet onder."

Peter: "In de praktijk blijkt het soms best lastig om een calamiteit te herkennen. In een ziekenhuis overlijden soms patiënten aan hun ziekte. Of er treden complicaties op tijdens een behandeling. Hoe weet je dan of er echt iets is misgegaan? En wanneer zijn de gevolgen zo ernstig zijn dat er een calamiteitenonderzoek moet plaatsvinden? Om dat zorgvuldig uit te kunnen pluizen, vragen we medewerkers om alle mogelijke incidenten bij ons te melden, zodat we daar gezamenlijk een afgewogen oordeel over kunnen maken."

Komen calamiteiten vaak voor?

Jan: "Laten we wel wezen: elke calamiteit is er één te veel. In 2020 werden er 51 mogelijke calamiteiten aan ons gerapporteerd, meestal door de betrokken specialisten. In negen gevallen bleek het daadwerkelijk om een calamiteit te gaan. Die hebben we

“Vaak zijn het zaken waar patiënten zelf niet meteen veel van merken, maar die wel cruciaal zijn voor het goede verloop van de zorg.”

bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd gemeld, want dat zijn we wettelijk verplicht, en vervolgens uitgebreid onderzocht. Overigens onderzoeken we als ziekenhuis natuurlijk alle incidenten, ook die niet het officiële label 'calamiteit' krijgen. Maar dat gebeurt dan decentraal, door afdelingen zelf. We houden daar vanuit onze commissie wel toezicht op."

Is het aantal calamiteiten tijdens de coronacrisis toegenomen?

Peter: "Nee, de COVID-zorg heeft niet geleid tot meer of andere soorten incidenten of calamiteiten."

Hoe gaat zo'n onderzoek in zijn werk?

Jan: "In de calamiteitencommissie zitten verschillende medisch specialisten, aangevuld met adviseurs kwaliteit, die allen ook een zorgachtergrond hebben. Al deze mensen zijn speciaal opgeleid om dit soort onderzoek te doen. Zo kunnen we garanderen dat dat systematisch en grondig gebeurt. Voorafgaand aan een onderzoek verdiepen we ons uiteraard eerst goed in het dossier van de patiënt. Daarna spreken we alle betrokken zorgverleners en bekijken we protocollen en andere relevante documenten. Als de patiënt en/of zijn naasten daarvoor openstaan, interviewen we hen ook. Zo horen we hun kant van het verhaal. Patiënten en naasten worden daarbij ondersteund door de ombudsfunctionarissen."

Peter: "We hopen altijd dat ze willen meewerken, want als ziekenhuis leren we veel van ervaringsverhalen. Over hoe mensen onze zorg ervaren en hoe zij denken dat die beter kan. Vaak geven ze ons een andere blik op de zaak."

Jan: "Alles bij elkaar gaat in zo'n onderzoek heel wat tijd in zitten. In 2020 duurde ons kortste onderzoek 75 dagen, het langste 254 dagen."

Peter: "Als we alle informatie hebben verzameld, concluderen we gezamenlijk wat er mis is gegaan en hoe we herhaling in de toekomst kunnen voorkomen. We doen ook altijd concrete aanbevelingen voor dingen die we in de praktijk kunnen veranderen. Als het klaar is, gaat het rapport voor goedkeuring naar de Raad van Bestuur. Die stuurt het uiteindelijk met een eigen oordeel naar de inspectie. Tot slot gaan de mensen op de afdeling met de aanbevelingen aan de slag. We checken ook nog regelmatig of die daadwerkelijk worden uitgevoerd en wat dat in de praktijk oplevert."

Kunnen jullie een voorbeeld geven van iets wat is veranderd naar aanleiding van een calamiteitenonderzoek?

Jan: "Op basis van de onderzoeken uit 2020 hebben we in totaal 43 aanbevelingen gedaan. Die gingen vooral over het gebruik van patiëntendossiers, het up-to-date houden van protocollen en goede communicatie tussen zorgverleners, zowel in ons eigen ziekenhuis als met professionals van buiten. Vaak zijn het zaken waar patiënten zelf niet meteen veel van merken, maar die wel cruciaal zijn voor het goede verloop van de zorg."

Peter: "Calamiteiten komen zelden voort uit technische problemen. Ze gaan bijna altijd over hoe we dingen organiseren en hoe we communiceren."

Jan: "Naar aanleiding van een calamiteit kwamen we bijvoorbeeld tot de ontdekking dat patiënten met een hoog risico op complicaties regelmatig vlak voor het weekend werden

geopereerd. Niet handig, omdat in het weekend de bezetting vaak minder groot is. Naar aanleiding daarvan hebben we toen geadviseerd om hoog risico-operaties voortaan altijd aan het begin van de week te plannen. Dat gebeurt nu ook."

Peter: "Een ander voorbeeld: bij een patiënt met een ontsteking van de alvleesklier zag een radioloog op een foto toevallig ook een afwijking in de nier. Hij vermeldde dat uiteraard in zijn verslag. Maar omdat het niet het vakgebied was van de aanvrager van de foto, de, pakte niemand dat op. Toen is het elektronische patiëntendossier en de controle daarop aangepast."

Krijgen patiënten en naasten de uitkomsten ook te horen?

Peter: "Jazeker. Als ze dat willen, kunnen ze in het ziekenhuis het hele rapport nalezen. Daar zijn dan de hoofdbehandelaar en een ombudsfunctionaris bij, om zo nodig tekst en uitleg te geven."

Jan: "Voor patiënten en hun naasten is het belangrijk dat ze zien dat we een calamiteit ontzettend serieus nemen, en er veel tijd en energie in steken om herhaling te voorkomen."

Peter: "Dat helpt bij de verwerking ervan. Als er iets fout is gegaan, voelen mensen zich vaak verschrikkelijk boos en onmachtig. Dat geldt trouwens ook voor betrokken zorgverleners. Die hebben ook nog te maken met schuldgevoelens. Volledig begrijpelijk, maar zulke emoties belemmeren het rouwproces. Het is heel waardevol als onze onderzoeken ze verder kunnen helpen. Het uiteindelijke doel is natuurlijk om nog beter en veiliger te gaan werken, om op die manier zulk intens verdriet zoveel mogelijk te voorkomen." ■



EEN MOEILIJKE START

POPP-TEAM ONDERSTEUNT BIJ PROBLEMATISCHE ZWANGERSCHAPPEN

Onmacht bij jonge ouders, maar ook drugsgebruik, psychische problemen en geweld binnen relaties kunnen leiden tot onveilige situaties voor opgroeiende kinderen. Soms zijn er al voor de geboorte grote zorgen. Bij deze 'zeer kwetsbare zwangeren' wordt het POPP-team ingeschakeld. Het team met specialisten op het gebied van psychiatrie, verloskunde, psychologie, kindergeneeskunde en maatschappelijk werk probeert samen met andere betrokkenen nog voor de bevalling naar oplossingen te zoeken.

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

Soms lukt het niet, is de thuissituatie voor het kind niet veilig en kan na zorgvuldig onderzoek door meerdere instanties uiteindelijk een kinderrechter besluiten dat het beter is om de baby direct na de geboorte uit huis te plaatsen. “Dat zijn altijd hele moeilijke en verdrietige beslissingen, maar soms weegt het belang van het kind zwaarder dan dat van de moeder of de ouders”, vertelt Mariska Hartendorp, aandachtsfunctionaris van het POPP-team. Een kind gelijk weghalen na de geboorte is heel ingrijpend voor de moeder, traumatiserend zelfs, vertelt verloskundige Wietske Adema. Toch zien ook zij en haar collega's soms geen andere mogelijkheid dan het doen van een zorgmelding ter bescherming van het kind. “Als verloskundige heb je een overeenkomst met de moeder, maar je draagt ook verantwoordelijkheid voor het kind.”

Traumabehandeling

Het POPP-team is opgericht om hulp te bieden bij alle vormen van ‘problematische’ zwangerschappen. Soms gaat het om vrouwen die eerder een traumatische bevalling hebben meegemaakt. Dan kan een traumabehandeling door een psycholoog er voor zorgen dat deze zwangere vrouw bijvoorbeeld meer ontspannen de bevalling ingaat. Of een vrouw gebruikt medicatie die moeilijk samengaat met het kind in de buik. Ook dan kan eigenlijk altijd een goede oplossing worden gevonden. Of een hoogopgeleide vrouw die op oudere leeftijd eindelijk zwanger raakt en alles perfect wil doen. Met veel stress tot gevolg. Het POPP-team kan in deze situaties vaak goed advies geven en vrouwen begeleiden naar een goede bevalling. De ondersteuning vanuit de verschillende specialismen is vaak voldoende en als het nodig is zijn er ook mogelijkheden om na de bevalling hulp te organiseren.

‘Niet-pluisgevoel’

Soms zijn er ook omstandigheden die zo bedreigend zijn voor de veiligheid van het nog ongeboren kind, dat er geen enkele twijfel bestaat aan ingrijpen. Het gaat hierbij om de ‘zeer kwetsbare zwangeren’, 20 procent van het totaal aantal meldingen waarbij een beroep op het POPP-team wordt gedaan. Hier gaat vaak een sterk ‘niet pluis gevoel’ van de verloskundige aan vooraf. Wietske en haar collega verloskundigen kunnen dan het POPP-team inschakelen. Zo had Wietske een zwangere vrouw in haar praktijk, werkzaam in de prostitutie. Ze verzorgde zichzelf niet goed. Dan gaan de alarmbellen rinkelen. Wietske meldde de vrouw aan bij het POPP-team. “Het bleek dat al meerdere kinderen uit huis waren geplaatst. Er was sprake van een risicovolle leefomgeving met kans op geweld. Kinderen waren niet veilig, dan moet je ingrijpen.” Gezien de grote zorgen en de potentieel onveilige situatie voor de verloskundige zijn de zwangerschapscontroles in het ziekenhuis gedaan. Door de

voorgeschiedenis en de zorgen rondom de moeder, is het kind gelijk na de geboorte uit huis geplaatst. Dit zijn voor de moeder en alle direct betrokkenen zeer verdrietige uitkomsten van een heel zorgvuldig onderzoek, aldus Mariska.

Wapen in huis

Drugsgebruik, zwaar alcoholmisbruik en gewelddadige relaties zijn volgens Mariska vrijwel altijd een reden voor een zorgmelding bij Veilig Thuis. Wanneer de moeder drugs gebruikt, dan heeft haar kind een groter risico om veel te klein en soms zelfs verslaafd ter wereld te komen met alle (gezondheids)gevolgen van dien. Bij deze signalen moet altijd kritisch worden gekeken of de thuissituatie voor een opgroeiend kind veilig is. Wietske, die als verloskundige ook bij de zwangere vrouwen thuis komt, maakt van alles mee. “Soms is er sprake van een onveilige situatie voor de zorgverleners. Zo kan een boze vader een bedreigende opmerking maken of komt de kraamverzorgster een wapen tegen in huis.” In dergelijke situaties kan het ook voor de verloskundigen fijner en veiliger zijn wanneer de bevalling via POPP in het ziekenhuis wordt begeleid. “Dan ben je nooit alleen en zijn er altijd anderen in de buurt om bij te springen als dat nodig is.”

Tweede kans

Maar er zijn situaties, volgens Mariska en Wietske, waarbij het minder duidelijk is. Dan is er intensief en gedegen onderzoek nodig. Ook in die gevallen waarbij eerder kinderen uit huis zijn geplaatst, kunnen omstandigheden veranderen en moet een moeder altijd een tweede kans kunnen krijgen. Ze noemen het voorbeeld van een moeder met een licht verstandelijke beperking. Ze had een gewelddadige ex-partner waardoor de thuissituatie voor haar en haar kinderen niet veilig was en haar oudere kinderen allemaal uit huis zijn geplaatst. Een aantal jaar later was ze opnieuw zwanger en zag haar leven er heel anders uit. Ze had een nieuwe vriend en een fijne en stabiele relatie. Ze wilden graag samen hun kind opvoeden. Door de voorgeschiedenis van de moeder, moet de Raad voor de Kinderbescherming volgens geldende afspraken onderzoek doen naar de gewijzigde leefomstandigheden en mogelijkheden van de moeder en haar partner om zelf hun kind op te voeden. Uiteindelijk was iedereen het erover eens dat de moeder en dit nieuwe gezin de kans moest krijgen om hun kind zelf op te voeden. Gezien het verleden was het advies van de kinderrechter dat dit in de beschermde setting van een Moeder- en Kindhuis zou moeten gebeuren. Daar worden moeders en hun partners intensief begeleid bij de opvoeding van hun kind. Zeker bij moeders met een verstandelijke beperking kan de praktische ondersteuning in een Moeder- en Kindhuis heel belangrijk zijn. Deze zorg is gericht op de eerste maanden van het leven van een baby. Hoe zorg je dag en

“ALS VERLOSKUNDIGE HEB JE EEN OVEREENKOMST MET DE MOEDER, MAAR JE DRAAGT OOK VERANTWOORDELIJKHEID VOOR HET KIND”

nacht voor je baby, wat doe je als het veel huilt. “Je wilt voorkomen dat een kind bijvoorbeeld ondervoed raakt, omdat ouders niet goed weten wat ze moeten doen. Daarnaast weten we uit onderzoek dat rust, duidelijkheid en structuur de hechting tussen moeder en kind ten goede komt. En een veilige hechting is van essentieel belang voor de verdere ontwikkeling van het kind.”

Zorgvuldig onderzoek

Het onderzoek was heel zorgvuldig uitgevoerd en de uitkomst zeer positief, aldus Mariska. Helaas had het echter zoveel tijd in beslag genomen, dat er op het moment van bevallen geen plek was in de Moeder en Kindhuizen in Friesland. De rechtbank was akkoord gegaan met de voorwaarde van een tijdelijk verblijf in een Moeder- en Kindhuis, maar niet met het zelfstandig alleen opvoeden van de baby. Hierdoor is het kind alsnog tijdelijk uit huis geplaatst. “Dat was echt afschuwelijk voor de ouders”, vertelt Mariska. “Iedereen was positief, maar doordat er geen plek was, kregen de ouders geen kans. Het onderzoek was heel zorgvuldig en goed geweest, maar uiteindelijk kon de moeder nog niets. Dat was voor de ouders verschrikkelijk. Hoe verdrietig ook, uiteindelijk wordt door de gezinsvoogd gekozen voor de veiligheid van het kind. Dit is ook de taak die zij van de rechtbank krijgen opgelegd. Het verdrietige en lastige is dat hierin de belangen soms tegenstrijdig kunnen zijn.” Het POPP-team probeert eigenlijk altijd preventief te handelen en voldoende zorg en ondersteuning aan te bieden om moeilijke en pijnlijke keuzes als het uit huis plaatsen van een kind te voorkomen. “In dit laatste geval hoop ik dat moeder en kind niet heel lang hebben hoeven wachten op een plekje in een Moeder- en Kindhuis.”

Zwaar werk

Het werk voor het POPP-team kan intensief zijn, erkent Mariska. Zeker wanneer de problemen zo complex zijn en er sprake is van een onveilige situatie, kunnen de belangen elkaar bijten. Daarnaast is het ook niet altijd mogelijk om voldoende hulpverlening in te zetten om te voorkomen dat er dwingende maatregelen nodig zijn. “Dit is heel verdrietig en niet altijd te wijten aan ouders.

De voorzieningen voor preventieve hulp aan kwetsbare ouders zijn schaars en per gemeente verschillend. Dat ouders boos en teleurgesteld zijn over de uitkomst van een onderzoek, kan ik heel goed begrijpen. Het is vreselijk als je kind direct na de geboorte uit huis wordt geplaatst. Zeker wanneer dit had kunnen worden voorkomen door extra inzet van hulp of bijvoorbeeld een plaatsing in een Moeder- en Kindhuis. Tegelijk geeft Mariska aan dat de druk soms zo hoog is en de dreiging zo groot, dat het risico bestaat dat ouders te lang het voordeel van de twijfel krijgen, terwijl soms harder ingrijpen beter kan zijn voor het kind.

Wat gebeurt er na een zorgmelding

Vaak zijn ouders bang dat een zorgmelding bij Veilig Thuis betekent dat hun kind automatisch uit huis wordt geplaatst. Dat is niet waar. Veilig Thuis onderzoekt de zorgen. Wanneer in dit onderzoek de zorgen blijven en ouders niet open staan voor vrijwillige hulpverlening, wordt de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) gevraagd om nader onderzoek te doen. Als ook uit dit onderzoek naar voren komt dat er zorgen zijn en blijven over de veiligheid van het (ongeboren) kind wordt er door de RvdK een advies neergelegd bij de kinderrechter. Vaak spreekt de kinderrechter dan een tijdelijke OTS (ondertoezichtstelling) uit, maar in enkele gevallen wordt besloten tot een uithuisplaatsing. Hier speelt Veilig Thuis geen enkele rol in. Het gebeurt geregeld dat er vanuit verschillende instellingen zorgen zijn over de veiligheid van moeder en haar ongeboren baby. Een OTS lijkt dan een voor de hand liggende maatregel. Wanneer ouders echter open staan voor hulpverlening zal Veilig Thuis vooral hier op inzetten en is vervolgonderzoek niet nodig. “We hebben ook meegemaakt dat wij ervan overtuigd waren dat een kind onder toezicht zou komen, maar dat de Raad voor de Kinderbescherming nog wel vertrouwen had en mogelijkheden zag voor de moeder haar eigen kind op te voeden”, aldus Mariska Hartendorp. ■

Meer informatie over wat het POPP-team voor kwetsbare zwangeren kan betekenen en doen, kunt u vinden op de website van het MCL: www.mcl.nl/afdelingen/gynaecologie-verloskunde/popp-team-mcl

Alles onder één dak:

Punt voor Parkinson

Veel kennis van zaken. Specialistische zorg. Alle controles en behandelingen op één plek. Maatwerk en vaste aanspreekpunten voor iedere patiënt. Dat zijn zomaar een paar voordelen van Punt voor Parkinson. Twee specialisten en een patiënt vertellen.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer



“We hebben één gezamenlijk doel: de kwaliteit van leven van patiënten verbeteren”

Die 'andere' pandemie. Zo noemt neuroloog Barbera van Harten van het MCL het snel stijgende aantal patiënten met parkinson(isme). In 2020 waren het er in Nederland al bijna 58.000. En dat getal neemt schrikbarend snel toe. Parkinson is wereldwijd namelijk de snelst groeiende hersenziekte. Dat komt deels door de vergrijzing, maar vermoedelijk ook door bijvoorbeeld luchtvervuiling en het gebruik van bestrijdingsmiddelen in de landbouw.

Alles onder één dak

"Parkinson is een razend ingewikkelde ziekte", zegt Barbera van Harten. "Veel mensen denken bij de naam aan trillende ledematen of juist starheid, maar bewegingsproblemen vormen slechts het topje van de ijsberg. Parkinson heeft invloed op het hele lichaam en kan daarom bijvoorbeeld ook leiden tot darmklachten, incontinentie, slaapproblemen, depressie en cognitieve klachten en chronische pijn. Dat, en het feit dat de dosering en toediening van medicatie heel nauw luisteren, maak het een lastige aandoening om te behandelen."

Daar komt Punt voor Parkinson om de hoek kijken. Het idee: breng alle zorg voor patiënten met parkinson(isme) onder één dak om zo de kennis over en de kwaliteit van parkinsonzorg te verbeteren. Bijkomend voordeel is dat zo'n bundeling ook nog eens efficiënter - en dus goedkoper - is. Op die manier helpt Punt voor Parkinson de zorg betaalbaar te houden. "Punt voor Parkinson is begonnen in Groningen en sinds een paar jaar ook in Leeuwarden", vertelt Barbera van Harten. "Met de komst van het punt naar Friesland hebben we alle Parkinson-zorg uit het MCL

daarnaartoe overgeheveld. We doen dus alle polisprekuren daar. Verder is er een dagbehandeling, waar patiënten meerdere keren per week naartoe komen. Ze worden er begeleid door verschillende gespecialiseerde paramedici, zoals fysio- en ergotherapeuten en logopedisten, en ontmoeten er lotgenoten. En er is een afdeling waar patiënten ter observatie kunnen worden opgenomen. Op die manier voorkomen we veel ziekenhuisopnames."

Langer thuis

Die opnameafdeling van Punt voor Parkinson wordt gerund door Noorderbreedte Revalidatie, een Friese zorginstelling, gespecialiseerd in ouderenzorg. Aan het hoofd van de Parkinson-afdeling staat specialist ouderengeneeskunde Nienke Broekhoven-Velinga. "Als de ziekte verergert en de klachten toenemen, lopen patiënten thuis soms vast", legt ze uit. "Het kan dan heel lastig zijn om hen, op afstand, weer op de rails te krijgen. Vóór Punt voor Parkinson was de enige optie vaak: verhuizen naar een verzorgingshuis. Maar met een opname bij ons lukt het in veel gevallen om dat moment uit te stellen. Door een patiënt tijdelijk op te nemen, kunnen we die namelijk heel secuur observeren, hem goed op medicatie instellen en optimale aanvullende zorg bieden. Bovendien krijgen naasten veel tekst en uitleg, zodat zij leren om thuis beter met de situatie om te gaan."

Dat loont, blijkt uit onderzoek naar Punt voor Parkinson. Driekwart van de opgenomen Friese patiënten gaat na een opname weer naar huis. Vervolgens blijven zij gemiddeld twee tot drie jaar langer thuis wonen dan patiënten die deze zorg niet kregen.

Meer dan 800 patiënten

Hoewel de een in dienst is bij het MCL en de andere bij Noorderbreedte, werken de neuroloog en specialist ouderengeneeskunde bij Punt voor Parkinson nauw samen. "We hebben één gezamenlijk doel: de kwaliteit van leven van patiënten verbeteren", aldus Nienke Broekhoven-Velinga. "Dat is het enige wat telt. De lijnen zijn kort, we overleggen veel." "Nienke en de gespecialiseerde verpleegkundigen van de opnameafdeling zijn ook de ogen en oren van ons neurologen", vult Barbera van Harten aan. "Zij zien en horen daar veel meer dan wij in de spreekkamer in korte tijd meekrijgen." In een paar jaar zijn er al ruim 800 patiënten onder behandeling gekomen bij Punt voor Parkinson Friesland. De meeste daarvan via het MCL, maar ook steeds meer neurologen van andere Friese ziekenhuizen weten de gespecialiseerde zorg te vinden. "Zij kunnen naar ons doorverwijzen voor advies, een second opinion of een opname", verklaart Barbera van Harten. "De eigen neuroloog van de patiënt blijft in zo'n geval hoofdbehandelaar."

Kees Proper (66) heeft sinds 2010 Parkinson

"Het begon elf jaar geleden met een trillend been. Een jaar later kreeg ik de diagnose: Parkinson, net als mijn vader. Met medicatie hield ik de boel lang onder controle; aan de buitenkant zag niemand dat ik Parkinson had. Tot anderhalf jaar geleden. Toen werden de klachten geleidelijk erger. Voorheen kon ik makkelijk een halve dag met een kettingzaag in de weer zijn, ineens was ik na een uur al uitgeput. Verder kreeg ik meer cognitieve problemen. Vooral mijn concentratie en geheugen gingen achteruit. Het werd steeds lastiger om de klachten met medicijnen te reguleren. Vandaar dat ik onlangs een duodopa heb gekregen: een slangetje in mijn dunne darm, waardoor mijn medicatie constant wordt toegediend."

De eerste jaren moest ik voor controles en behandelingen naar het MCL, sinds 2017 ga ik daarvoor naar Punt voor Parkinson Friesland. Persoonlijk vind ik dat een gigantische verbetering. Bij Punt voor Parkinson heeft iedereen verstand van zaken. In de wachtkamer zit je altijd tussen lotgenoten, dat vind ik ook fijn. Zo kun je gemakkelijk ervaringen uitwisselen. En de lijnen zijn er kort. De zorgverleners van Punt voor Parkinson zijn makkelijk bereikbaar en mijn vragen worden snel beantwoord. Toen ik anderhalf jaar geleden zo achteruitging, ben ik een week ter observatie opgenomen geweest. Daar heb ik een goed gevoel

aan overgehouden. De betrokkenheid van alle medewerkers is groot, van de neuroloog en de verpleegkundigen tot de fysiotherapeut. Ze nemen allemaal de tijd voor me. Ik heb ook echt het gevoel dat we de behandeling samen doen. Mijn inbreng is immers minstens zo belangrijk als die van de zorgverleners."



Steeds beter

Inmiddels staat de zorg van Punt voor Parkinson als een huis. Maar dat betekent niet dat de betrokken zorgverleners stilzitten. "We zijn constant op zoek naar nieuwe manieren om de zorg voor mensen met Parkinson verder te verbeteren", aldus Barbera van Harten. "Maandelijks komen we met alle gespecialiseerde neurologen en verpleegkundigen uit Noord-Nederland bij elkaar om de laatste ontwikkelingen te bespreken. Waar mogelijk passen we die meteen in de praktijk toe. Verder werken we mee aan verschillende wetenschappelijke onderzoeken, bijvoorbeeld naar de rol van de darmen bij het ontstaan van Parkinson. En we zijn in Friesland net begonnen met het gebruik van een speciaal elektronisch dossier

voor Parkinson-patiënten. Het is de bedoeling dat daarin niet alleen specialisten, maar bijvoorbeeld ook fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen hun bevindingen vastleggen. In aanvulling daarop laten we patiënten vier keer per jaar een digitale vragenlijst invullen over hun klachten. Als daaruit blijkt dat het goed met ze gaat, hoeven ze niet onnodig vaak op controle te komen. Bovendien helpen die gegevens ons om nog gericht te kunnen behandelen. Zo maken we de Parkinson-zorg steeds nog een beetje beter." ■

Meer weten? Kijk op www.puntvoorparkinson.nl.

ZORGEN VOOR EEN KLOPPEND HART

Werken op de CCU-afdeling

In alle hectiek het overzicht bewaken en de rust bewaren. Ervoor zorgen dat het hart van onze patiënt(en) blijft kloppen.

Letterlijk hollen en stilstaan. Op basis van observaties verbanden leggen en deze omzetten in acties. Maak kennis met onze Cardiac Care Unit (CCU)-verpleegkundigen. Aan het woord Lennart de Vries, CCU-verpleegkundige en sinds 2019 werkzaam in het Medisch Centrum Leeuwarden op de CCU.

tekst Leanne Wink-Miedema fotografie Jeroen Adema



Na het behalen van zijn Mbo-V opleiding werkte Lennart enkele jaren op diverse verpleegafdelingen via het Servicebureau Tijdelijk Werk (STW) van het MCL. Lennart deed ervaring op binnen het Hart-vaat centrum. Na een uitstapje naar het UMCG keerde hij terug in 2019 naar het MCL om de CCU-opleiding te gaan volgen. Lennart: 'De reistijd en de mogelijkheid om de opleiding tot CCU-verpleegkundige te kunnen gaan doen trokken mij over de streep. De hoge turn-over van de CCU en de Eerste Harthulp heb ik altijd al interessant gevonden.'

Hollen of stilstaan

Werken op de CCU is hollen of stilstaan. Daarnaast ben je veel technisch aan het werk, denk je veel mee met de specialisten. Lennart: 'Jij bent de tussenpersoon voor de arts en de patiënt.' Op de CCU is een hoge turn-over aan patiënten. Van spoedgevallen die binnenkomen tot het reanimatiesein dat afgaat. Het ene moment is het andere niet. Lennart: 'Daar doe ik het voor. Je weet nooit hoe je dag eruit gaat zien.'

Opleiden

Lennart volgde vanuit het UMCG via het Wenckebach Instituut een high care module. De opleiding tot CCU-verpleegkundige beviel hem goed. 'De materie loopt goed in elkaar over. Uiteraard is het even wennen. Maar je hebt door je werkervaring al behoorlijk veel kennis opgedaan.' Het eerste deel van de opleiding is gezamenlijk met de Intensive Care (IC), de Spoedeisendehulp (SEH) en de Verkoever. Het tweede gedeelte van de opleiding is voor de CCU. Lennart: 'De opleiding is eerst breed en daarna specialistisch. In de toekomst een uitstapje doen naar de IC of de SEH is dan ook makkelijk gedaan. Kortom: ontwikkelmogelijkheden volop.'

Werk en leren

Zodra je begint aan je opleiding ga je ook direct aan het werk. Lennart: 'De opleiding en de patiëntencategorieën waar je naartoe wilt werken loopt mooi op. Je begint met laagcomplex patiënten en werkt zo toe naar hoogcomplex patiënten.' Je

begint met de theorie en gaat vervolgens in de praktijk aan de slag. Op de afdeling wordt volop getraind samen met collega's. Om goed te leren samenwerken, maar ook om elkaar vertrouwen te geven. Lennart: 'Zodra ik startte met mijn opleiding werd ik door mijn collega's ontvangen, dat voelde als een warm bad. Daarnaast was ik gedurende mijn opleiding gekoppeld aan een buddy.'

Nooit alleen

Gedurende je opleiding is er altijd iemand waarmee je samenwerkt. Daarnaast heb je twee werkbegeleiders als jouw vaste aanspreekpunt. Lennart: 'Zodra je een onderdeel van de opleiding hebt afgerond word je daarin losgelaten op de werkvloer.' In totaal duurt de opleiding tot CCU-verpleegkundige iets meer dan een jaar.

Snel kloppend hart

Wanneer je werkzaam bent op de CCU is geen enkele dag hetzelfde. Lennart: 'Ik krijg veel voldoening wanneer we samen als team alles op alles zetten om een patiënt te helpen. Een patiënt die bijvoorbeeld een hartinfarct heeft gehad en voor interventie moet. Daarmee kan veel gebeuren. Je zorgt er dan voor dat alles klaar staat. Medicatie, snel schakelen, alles voorbereiden en snel kunnen toedienen. Ik ben dan trots als we zien dat een patiënt in stabiele toestand teruggebracht wordt en alles wat je geleerd hebt op zijn plek valt.'

Communiceren is key

Goede samenwerking en goede communicatie is binnen de CCU letterlijk een zaak van leven of dood. Binnen de CCU word je daarom opgeleid door je eigen collega's, zodat je elkaar leert kennen, ziet groeien en elkaar kan helpen. Lennart: 'Het is daarnaast ook belangrijk dat je altijd transparant blijft. Voel je je onzeker over een bepaalde handeling? Deel dit dan. Dan trainen we samen. We geven elkaar als team het vertrouwen.'

Puzzelen

Patiënten met hartproblemen zijn vaak casussen waarmee je als zorgverleners gaat puzzelen. Wat is er aan de hand? En hoe kan dat? Wat kunnen we doen om deze patiënt te helpen? Allemaal vraagstukken waar je je als CCU-verpleegkundige mee bezig houdt. Lennart: 'Je bent letterlijk aan het puzzelen. Ook met de beleidsvoering. Als er zaken voorvallen overleg je hierover met de specialist. Ik wil dit gaan doen, kan dat? Ook is het werk erg technisch, door de intensieve meetmethoden. We

"JE MOET STIL KUNNEN ZITTEN EN VOL GAS KUNNEN GEVEN"

gebruiken volop apparatuur om vitale functies te meten, maar ook andere apparatuur om patiënten te ondersteunen. Denk bijvoorbeeld aan het maken van hartfilmpjes, die je vervolgens ook beoordeelt. Ook het maken van risicoanalyses hoort bij je vak. Je bent constant bezig met wat je kan verwachten.'

Reanimatieteam

Onze CCU-verpleegkundigen zitten naast de IC- en SEH-verpleegkundigen in het reanimatieteam. Dit betekent dat je als CCU-verpleegkundige opgepiept kan worden voor een reanimatie. Lennart: 'Hier train je ook voor. Samen met de SEH en de IC. Je krijgt gedurende je dienst een pieper. Zodra deze afgaat, kijk je waar je naartoe moet en laat je al je andere werkzaamheden uit handen vallen.'

Samenwerken met specialisten

Nauw samenwerken met artsen, dat doe je als CCU-verpleegkundige elke dag. Een telefoontje is zo gepleegd en ook jouw advies is waardevol. Lennart: 'Dat leer je al in de opleiding. Je leert te beoordelen wat je ziet. Met alle informatie die jij hebt, ga je de arts bellen. Samen ga je sparren. Daarnaast vinden de artsen het altijd leuk om jou iets bij te leren.' Als CCU-verpleegkundige moet je dan ook leergierig zijn, ambitieus en niet op je mondje gevallen zijn. Lennart: 'Daarnaast moet je stil kunnen zitten en vol gas kunnen geven.' ■



Wil je ook komen werken bij #teamMCL?
Of alvast even digitaal sfeerproeven?
Bekijk dan het filmpje van Lennart.



Van jong tot oud **NEUROLOGISCH ONDERZOEK BIJ PATIËNTEN**

Werken op de afdeling KNF

Een grote variatie aan patiënten die allemaal met hun eigen zorgvraag komen en neurologisch onderzoek moeten ondergaan. Veel verschillende soorten onderzoeken om onder de knie te krijgen en tal van mogelijkheden om jezelf verder te ontwikkelen. Dat is waar je mee te maken krijgt op de afdeling Klinische neurofysiologie (KNF) van het Medisch Centrum Leeuwarden. Deze onderzoeksafdeling helpt om een diagnose te stellen bij neurologische klachten en aandoeningen. Hierbij wordt de functie van het zenuwstelsel, de spieren en de bloedvoorziening gemeten. Rhona van Sloten en Agnes de Boer volgen beiden een opleiding op de afdeling KNF van het MCL en delen hun ervaringen.

tekst Arjen Guit fotografie Jeroen Adema



Rhona (28) is derdejaars leerlinglaborant en volgt de opleiding via LOI. Hiervoor deed ze logopedie, maar ze merkte dat ze toe was aan een nieuwe uitdaging. Rhona: "Als logopedist had ik al wat ervaring op de neurologieafdeling. Dat vond ik toen al interessant en het ziekenhuiswereldje sprak me aan. De afdeling KNF vind ik leuk omdat het een mooie combinatie is van techniek en zorg. En het stukje neurologie, alles dat te maken heeft met het zenuwstelsel, vind ik ook heel interessant. Je krijgt te maken met patiënten met uiteenlopende klachten op het gebied van het zenuwstelsel, de spieren en de bloedvoorziening van de hersenen. Daardoor is het werk uitdagend en afwisselend." Sinds 2018 is ze werkzaam in het MCL.

Net als Rhona is Agnes (21) ook werkzaam op de afdeling KNF, maar zij bewandelt een wat ander pad. Agnes is vierdejaarsstudent aan de Hanzehogeschool in Groningen en volgt de opleiding Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (MBRT). Sinds september 2021 loopt ze stage in het MCL. Tijdens één van haar lessen werd haar interesse in KNF gewekt: "Ik heb daar een college over gekregen. Vervolgens heb ik in het MCL een oriënterende stagedag gehad. Nu volg ik hier mijn uitstroomprofiel. Dat houdt in dat ik een jaar lang op stage ben en daarna een scriptie schrijf." Ook voor Agnes is het de combinatie van zorg en techniek wat de afdeling KNF zo interessant maakt.

Mogelijkheden om te ontwikkelen

Beiden zijn nu dus voor hun opleiding werkzaam in het MCL. Maar waarom hebben ze specifiek voor dit ziekenhuis gekozen? Rhona: "Het MCL is natuurlijk het grootste ziekenhuis in Friesland. Alles is net wat groter en er zijn ook net weer wat meer mogelijkheden om mezelf te ontwikkelen. Ook wist ik dat je hier meer onderzoeken kunt doen, dat sprak me aan." Agnes was al eens in het MCL voor een oriënterende stagedag en dat beviel meteen goed. "Ik zag al dat er onder de collega's hier een hele leuke sfeer hangt. En het is hier inderdaad groot, dus er is veel variatie. Je hebt daarom ook veel mogelijkheden om je te specialiseren", legt ze uit. Rhona: "Neem bijvoorbeeld slaap. Als je zoiets heel leuk vindt, krijg je hier volop de kans om je daarin verder te ontwikkelen."

Veel variatie

Op de afdeling KNF doen Rhona, Agnes en hun collega's onderzoeken bij patiënten met neurologische klachten. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen met de hersenen, zenuwen, spieren en bloedvoorziening. Wanneer Rhona en Agnes het hebben over wat het werken bij KNF zo leuk maakt, is variatie het kernwoord. "Er zijn veel verschillende onderzoeken. Wat ik in mijn eerste jaar heb aangeleerd is EEG, waarmee je

“Het is heel fijn om die afwisseling te hebben”

door elektroden op het hoofd van de patiënt te plakken naar de hersenactiviteit kijkt. Alle laboranten moeten dit kunnen beheersen. Daarnaast leer je tijdens de opleiding ook het EMG-onderzoek, waarmee we naar de zenuwgeleiding en spieractiviteit kijken, en het EP-onderzoek (Evoked Potential). Ook hebben we slaaponderzoek, duplexonderzoek (combinatie van dopplersonderzoek en echografie om de bloedvoorziening van de hersenen te meten), duizeligheidsonderzoek en maken we echo's van de zenuwen", aldus Rhona over de soorten onderzoek die verder worden uitgevoerd op de afdeling KNF. "Het is heel fijn om die afwisseling te hebben", vult Agnes aan.

De variatie zit hem echter niet alleen in de verschillende onderzoeken. Ook de patiëntengroepen zijn heel divers. Rhona: "We zien alle leeftijden voorbijkomen, van baby's tot oudere mensen. De onderzoeken zelf zijn misschien wel hetzelfde, maar het vereist wel een andere manier van werken. Bij kinderen heb je te maken met ouders die erbij zijn. En jonge kinderen kun je bijvoorbeeld minder goed uitleg geven. Oudere mensen zijn vaak wat minder mobiel, dus die hebben net wat meer zorg nodig."

Gezellig en behulpzaam

Verder zorgt ook het team van de afdeling KNF van het MCL voor een hoop werkplezier. "Wat fijn is aan dit team, is dat iedereen behulpzaam is. Je kunt altijd bij iemand terecht met een vraag of om je verhaal te doen. Het is een heel warm en gezellig team", vertelt Rhona. Ook Agnes ervaart dat zo: "Ik voelde me meteen thuis. Er is hier een hele leuke werksfeer. De collega's zorgen ook voor goede begeleiding tijdens de opleiding. Ik heb één vaste begeleider, maar iedereen staat klaar om te helpen." ■



Wil jij ook komen werken bij #teamMCL?

Of alvast even digitaal sfeerproeven?

Bekijk dan het filmpje van Rhona en Agnes.

IC-verpleegkundige: VERLIEFD OP HET VAK

Werken in een ambitieus topklinisch ziekenhuis waar van alles gebeurt en speelt. Op een afdeling waar de situatie op het ene moment rustig is en het volgende moment hectisch en acuut. Waar patiënten de best mogelijke zorg nodig hebben op het moment dat ze jou het hardst nodig hebben. Haal dagelijks het beste uit jezelf en kom werken op onze Intensive Care (IC) afdeling. Maar wat maakt werken op deze afdeling zo bijzonder? En waarom werden IC-verpleegkundigen Marleen en Lianne verliefd op het vak?

tekst Leanne Wink-Miedema fotografie Jeroen Adema

Marleen volgde eerst de Mbo-v opleiding en daarna de Hbo-v opleiding. In 2018 studeerde zij af. Gedurende een minor van haar opleiding kwam Marleen in het UMCG al in aanraking met de IC. Marleen: "Ik liep gedurende mijn studie twintig weken stage op de IC. Daar werd ik verliefd op het vak. Maar nadat ik afgestudeerd was, was ik wel even klaar met studeren. Een half jaar later begon het echter alweer te kriebelen. Ik wilde IC-verpleegkundige

worden.' Lianne volgde na de MAVO de opleiding tot verzorgende IC. Via werk en leren behaalde zij haar Mbo-v in Apeldoorn. In 2005 haalde zij haar diploma, na een aantal jaren werken besloot zij om de medium care-opleiding te gaan doen. Na gewerkt te hebben op diverse plekken, zelfs op Curaçao, besloot zij in Amsterdam de IC-opleiding te gaan doen. Twee jaar geleden verhuisde zij samen met haar man en kind terug naar haar familie in Sneek.

Gelijkwaardig behandeld

Lianne: 'Nadat mijn man en ik een dochter kregen besloten we om terug te verhuizen naar Sneek. MCL was direct het ziekenhuis dat mij aantrok om te gaan werken. Ik had het gevoel dat hier de meeste uitdaging zou liggen. Ik heb gebeld en kon direct aan de slag. Na een aantal weken werken kwam ik er achter dat mijn gevoel klopte: hier is meer dan genoeg uitdaging.' Als IC-verpleegkundige is je werk elke dag anders. Daarnaast wordt er veel met de intensivisten samengewerkt. Marleen: 'Ik vind het erg leuk dat de intensivisten je ook echt kennen. Doordat je nauw samenwerkt word je ook heel gelijkwaardig behandeld.' Lianne: 'Ze kennen je bij naam en weten wat er in je leven afspeelt.'

Opleiden

Op de IC liggen patiënten die de best mogelijke zorg nodig hebben en jou het hardst nodig hebben. Marleen: 'Als IC-verpleegkundige ga je enorm de verdieping in. Op een gewone verpleegafdeling leer je veel algemene dingen en verdiep je je in

jouw specialisme. Op de IC komt alles bij elkaar. Je leert alles over de verschillende orgaansystemen en hoe die op verschillende manieren elkaar kunnen ondersteunen. Maar ook wat de gevolgen zijn als er een of meerdere orgaansystemen uitvallen.' Lianne: 'Toen ik de opleiding ging volgen vroeg ik mijzelf af: hoe kan ik al deze kennis hebben over anderhalf jaar? En ja, het kwam goed in die anderhalf jaar.'

Gekoppeld aan een buddy

Zodra je besluit om IC-verpleegkundige te worden ga je eerst aan de slag met een voorwerkperiode. Na drie maanden voorwerkperiode ga je in opleiding. Marleen: 'Binnen de opleiding ga je vervolgens verschillende facetten van de opleiding afronden. Op de helft van de opleiding heb je dan een proeve.' Gedurende je opleiding krijg je de kennis in blokken, zo ga je bijvoorbeeld eerst een stabiele onbeademde patiënt verplegen, wanneer je dan meer kennis vergaard hebt over beademing ga je daarmee bezig. Lianne: 'Zo ga je steeds met

elk systeem een stapje verder. Eerst met de longen, dan het hart en de bloedsomloop en vervolgens bijvoorbeeld de nieren en de lever. Het eerste gedeelte van de opleiding duurt best lang. Na negen maanden kun je een stabiel beademde patiënt verplegen. Daarna wordt het hectischer.' Binnen het MCL sta je er geen dag alleen voor. Zo ook niet tijdens je opleiding. Marleen: 'Je hebt twee procesbegeleiders, daarnaast werk je altijd samen met een werkbegeleider. Je bent de gehele opleiding elke dienst gekoppeld aan een collega. Je krijgt steeds meer verantwoordelijkheden, maar kunt altijd terugvallen op een collega werkbegeleider. Daarnaast koppel je ook de gehele dag terug. Ook als je klaar bent met je opleiding kun je er voor kiezen het eerste jaar gekoppeld te blijven aan een collega. Zo heb je niet altijd samen een patiënt, maar bijvoorbeeld ook wel eens twee patiënten.'

#teamMCL

Werken op een afdeling waar de situatie op het ene moment rustig en het volgende moment hectisch en acuut, kan behoorlijk pittig zijn. Een hecht en stabiel team is daarom erg belangrijk. Lianne: 'Ik had in Amsterdam al gehoord dat het MCL een leuk IC-team heeft. Dat maakte de overstap minder spannend. En ja, het klopte. We hebben het erg leuk met elkaar.' Marleen: 'Wat ik mooi vind om te zien is dat, zeker na de hele drukke covid-19 periode, men echt voor elkaar zorgt. Er wordt altijd gekeken naar hoe het met elkaar gaat. Ook voelt iedereen zich veilig genoeg om casussen te bespreken die men moeilijk of zwaar vindt. We zijn heel open naar elkaar en dat is fijn. Daarnaast hebben we ook ontzettend veel plezier met elkaar. We zijn echt #teamMCL.' Marleen verhuisde terug naar de Noordoostpolder en verruilde het UMCG in voor het MCL. Marleen: 'Vaak hoorde ik van collega's of die afstand niet te ver was. Maar nee, het MCL voelde direct al goed. Daarnaast is het MCL een topklinisch ziekenhuis waar je bijna alle mogelijke IC-zorg tegenkomt. Er zijn hier volop mogelijkheden om mijzelf verder te ontwikkelen. Als leerling werd ik ook totaal niet in een hoekje gezet maar juist volledig meegenomen in alle gesprekken. Je bent echt onderdeel van het team. En als het niet goed gaat? Dan mag en kan je dat gewoon zeggen.'

Alles uit de kast

Marleen en Lianne zijn allebei verliefd op het vak. De best mogelijke zorg leveren in een acute en hectische situatie. Dat is waar hun hart sneller van gaat kloppen. Lianne: 'Ik voel mij voldaan wanneer je alles uit de kast trekt om een patiënt te helpen.' Marleen: 'Letterlijk alle kennis die je hebt inzetten, dat geeft heel

veel energie. Een casus die mij nog altijd bijstaat is een patiënt die op de afdeling niet goed werd, een longontsteking kreeg en waarvan de organen diezelfde avond nog één voor één gingen falen. Je hebt dan zulke korte lijnen met de intensivist, die je soms ook een stap voor bent. Want jij bent degene die constant bij de patiënt is. Ik stond volledig op scherp. In deze casus kwamen alle facetten van de IC bij elkaar. Alle apparatuur die mogelijk was werd ingezet. Een echte IC-patiënt.' Het mooie aan deze casus vond Marleen ook het contact met de familie. Marleen: 'Familiebegeleiding is een belangrijk onderdeel van onze zorg. Het fijne aan eerder genoemde casus is dat de familie precies wist wat er gedaan werd. Hierdoor schrokken ze niet van wat ze zagen. Uiteindelijk heeft de patiënt het overleefd.' Bij familiebezoek hoort ook een nabezoek aan een patiënt die langer dan 48 uur op de IC heeft gelegen. Lianne: 'Soms herinneren patiënten zich helemaal niks meer, maar we willen wel dat ze er een goed gevoel aan overhouden. Deze contact zijn dan heel intens.'

Durven

Maar ook op de IC lukt het soms niet om een patiënt te redden. Dat is heftig. Marleen: 'Wat ik zelf fijn vind is dat ik nog een eindje moet rijden. Werk = werk, thuis = thuis. Maar ook ik heb wel eens een brok in mijn keel of moet mijn tranen wegknippen. Ook wij zijn mensen.' Lianne: 'Als je teveel mee naar huis neemt moet je jezelf afvragen of je wel geschikt bent als IC-verpleegkundige. Je moet kunnen loslaten en weten dat je doet wat je kan. Maar zoals Marleen zegt, ook wij zijn mensen.' Werken op de IC is voor mensen die durven, mensen die zichzelf durven laten zien, die stevig in hun schoenen staan en stressbestendig zijn. Marleen: 'Maar ook voor mensen die enthousiast en gezellig zijn. Iemand die weet waar hij/zij voor staat.' Lianne: 'Maar ook iemand die empathisch is, want je doet veel aan familiebegeleiding. Daarnaast zorgen we als collega's ook voor elkaar. Soms serieus, soms met grapjes. Want relativeren is belangrijk.' Marleen: 'Het is ook goed om te weten dat de ervaring die je tot nu toe hebt als verpleegkundige niet belangrijk is. Ik dacht ook dat ik te weinig ervaring als algemeen verpleegkundige zou hebben om de IC-opleiding in te gaan, maar dat zagen degenen bij mijn sollicitatie anders.' Op onze IC geloven we in het geven van kansen, want soms moet je een beetje durven. Net als IC-verpleegkundige zijn.' ■



Wil je ook komen werken bij #teamMCL?
Of alvast even digitaal sfeerproeven?
Bekijk dan het filmpje van Marleen en Lianne.



“Geen dag hetzelfde”

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

mcl
medisch centrum
leeuwarden



Wil je alvast even digitaal sfeerproeven hoe werken in ons ziekenhuis is?

Check [@mcleeuwarden](https://www.instagram.com/mcleeuwarden) op Instagram. Verschillende afdelingen nemen je mee in hun wereld van zorg.